UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1933-1934 N° 120

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'EPITHELIOMA SURLUPIQUE DE LA PEAU

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1934

PAR

WANG-CHIA-CHANG

MEMBRES DU JURY. . . MM. DUCUING, *Président.*
SOULA
MIGINIAC } *Assesseurs.*
BUGNARD
SOREL (R.), *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE LION ET FILS
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
—
1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'EPITHELIOMA SURLUPIQUE DE LA PEAU

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548905_0008

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1933-1934 N° 120

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

L'EPITHELIOMA SURLUPIQUE DE LA PEAU

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1934

PAR

WANG-CHIA-CHANG

Membres du Jury. . . MM. DUCUING, *Président.*
SOULA
MIGINIAC } *Assesseurs.*
BUGNARD
SOREL (R.), *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE LION ET FILS
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1934

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	ABELOUS.
Assesseur		AUDEBERT.
Professeurs honoraires		MOSSE.
		SAINT-ANGE
		BRAEMER.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et embryologie		ARGAUD.
Physiologie		ABELOUS.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Thérapeutique	Mlle	CONDAT.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologique		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Clinique médicale infantile et puériculture		BAYLAC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique de neurologie et de psychiâtrie		RISER.
Clinique ophtalmologique		FRENKEL.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		N.
Clinique des voies urinaires		MARTIN.
Oto-rhino laryngologie		ESCAT.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Médecine opératoire		GORSE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Obstétrique		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Chimie		VALDIGUIE.
Chirurgie		DUCUING.
		MIGINIAC.
Anatomie		CLERMONT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	AUDEBERT.
Obstétrique		GARIPUY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Zoologie et Parasitologie		ROQUES.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Microbiologie		DELAS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Médecine		ROQUES.
		SENDRAIL.
		SOREL (R.)
		MOREL.
Chirurgie		LEFEBVRE.
		BOULARAN.
Pharmacie		FLORENCE.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.
Physique médicale		BUGNARD.
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891.)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de mon infinie reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi, et de mon immense affection pour sa tendresse et son dévouement sans borne.

A MES FRERES

A MES SŒURS

A Monsieur et Mesdames Marguerite et Denise THEVENOT

Qui remplacèrent ma famille au cours de mes études et que je confonds avec elle dans un même sentiment d'affection.

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DUCUING

Directeur du Centre anti-cancéreux
de la Région Toulousaine.
Chirurgien en chef des Hôpitaux

Dont la science, les méthodes de travail et la conscience professionnelle demeureront pour nous au-delà des océans, l'exemple qui guidera désormais les modestes travaux dont nous sommes heureux de lui dédier la primeur. Trop faible hommage de respectueuse affection et de profonde reconnaissance pour l'appui bienveillant, l'accueil paternel et les bienfaits sans nombre qu'il nous a prodigués au cours des mois trop courts, durant lesquels nous eûmes l'honneur et le privilège de l'approcher.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur SOULA

Professeur de la Pharmacodynamie

Monsieur le Professeur MIGINIAC

Professeur de la Pathologie Chirurgicale
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé BUGNARD

Monsieur le Professeur agrégé R. SOREL

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A Monsieur le Docteur Georges TOURNEUX

Assistant à la Faculté
Licencié ès-Sciences

Dont je suis très fier de la haute amitié.
En sincère hommage ces pages de mon essai médical.
Avec le souvenir fidèle et affectueux de l'assistant qu'il voulut bien guider dans l'art d'Hippocrate et faire bénéficier largement de son savoir et de son expérience.

A Monsieur le Docteur Louis DUCUING

Oto-rhino-laryngologiste du Centre anti-cancéreux de Toulouse.

Témoignage de vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Paul GUILHEM

Ex-Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique à la Faculté.

Que je remercie ici de l'extrême amabilité avec laquelle il m'a aidé et guidé de ses précieux conseils.

Introduction et Historique

L'épithélioma surlupique de la peau est un cancer développé sur des lésions de lupus habituellement cicatrisées.

Cette coexistence de la tuberculose et du cancer de la peau est connue de longue date. Il semble qu'elle ait été signalée, pour la première fois, en 1818, par Alibert, puis par Rayer et Devergie.

En 1879, Kaposi publie un mémoire sur ce sujet, et dès lors les observations se multiplient, si bien que Desbonnets peut, en 1894, en réunir 90 dans sa thèse et qu'Ashihara, en 1901, peut ajouter à ces 90 cas, 30 faits nouveaux épars dans la littérature.

Depuis, d'autres observations de cancer surlupique ont été publiées, de nombreux travaux ont été consacrés à cette question et il ne se passe guère d'année, dans un hôpital de maladies cutanées, ou dans un centre anti-cancéreux sans qu'on ait l'occasion d'en observer un ou plusieurs cas.

La question de la thérapeutique a intéressé de tout temps les dermatologues, les chirurgiens et les radiothérapeutes.

Nous pouvons diviser un peu schématiquement l'évolution de cette thérapeutique en 3 périodes.

Dans une première période, les dermatologues seuls s'intéressent à la question ; ils utilisent, pour traiter l'épithélioma surlupique l'application de caustiques chimiques tels que la poudre de chlorate de potasse, la pâte de Canquoin, la pâte arsénicale, la potasse caustique, ou des agents physiques tels que le thermocautère.

Dans une seconde période, les chirurgiens commencent à traiter le cancer surlupique ; ils pensent, qu'étant donné l'évolution de cette affection, il faut toujours, pour obtenir une guérison durable, choisir un procédé de destruction rapide, large, non irritant pour le néoplasme et préférer l'exérèse au traitement par les caustiques. C'est ainsi que Morestin au seizième Congrès Français de Chirurgie (1903) fait une étude complète et remarquable de la question. Il expose sa technique et présente ses résultats.

Dans une troisième période, les radiothérapeutes, à la suite des découvertes de Becquerel, Curie et Rœntgen appliquent les radiations au traitement du lupus et de l'épithélioma. Enfin depuis quelques années, les progrès de l'instrumentation ont permis de réaliser des appareils d'exérèse et de coagulation électrique qui permettent de traiter efficacement des cancers très étendus en surface et en profondeur, pour lesquels

les autres moyens thérapeutiques étaient insuffisants.

Malgré la multiplicité des agents thérapeutiques, notre Maître, M. le Professeur Ducuing, au cours de ses leçons cliniques du Centre anti-cancéreux, nous a souvent montré comment le traitement d'un cancer surlupique était encore mal fixé et décevant. Comme on le verra à la lecture de notre travail et surtout à la lecture des lettres que, sur la recommandation de notre Maître, d'éminents spécialistes ont bien voulu nous adresser, les avis les plus contradictoires ont été émis sur le traitement à instituer et sur les résultats obtenus.

Nous allons essayer de préciser la thérapeutique qui nous paraît la meilleure, après avoir esquissé les circonstances d'apparition de l'épithélioma surlupique et l'aspect anatomo-pathologique et clinique de cette affection.

Au début de nos recherches, nous nous sommes demandé s'il pouvait exister une thérapeutique s'adressant en même temps au lupus et à l'épithélioma.

Nous verrons que ce traitement idéal n'est que très rarement réalisable, et d'autre part, que son intérêt est plus théorique que pratique, puisque, dans la majorité des cas, l'épithélioma n'apparaît que sur un vieux lupus éteint et cicatrisé.

D'ores et déjà, on peut prévoir que la thérapeutique de l'épithélioma surlupique se ramène dans

ses grandes lignes à celle de l'épithélioma. Ceci ne veut pas dire, d'ailleurs, que les indications thérapeutiques de l'épithélioma surlupique et celles de l'épithélioma spino-cellulaire primitif de la peau se confondent absolument.

Quant à la diversité des thérapeutiques proposées et des résultats présentés, notre Maître insiste sur ce fait que tous les thérapeutes ne parlent pas de cas semblables et que ceux que nous traitons dans les centres anti-cancéreux sont, d'une façon générale, infiniment plus graves que ceux qui sont traités par les dermatologistes et même par les chirurgiens purs.

Notre étude est basée sur les documents que nous avons puisés dans la littérature, sur la critique des observations recueillies par M. le Professeur Ducuing au Centre anti-cancéreux de Toulouse, enfin, sur l'opinion de notre Maître et sur celle des spécialistes dont nous parlons plus haut qui ont eu l'extrême amabilité de nous la donner par écrit. Nous associons tous ces Maîtres dans un même sentiment de respectueuse gratitude.

Le plan de notre travail se présente de la façon suivante :

I. — Exposé des Observations.
II. — Etiologie.
III. — Anatomie-Pathologique.
IV. — Etude Clinique.
V. — Evolution et Pronostic.

VI. — Diagnostic.

VII. — Etude Thérapeutique.

Notre thèse se terminera par des conclusions sur l'épithélioma surlupique et en particulier sur son traitement.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des Observations

I. — Observations recueillies au Centre anticancéreux de Toulouse.

Observation I

(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus vulgaire. Epithélioma baso-cellulaire de la face développé 18 ans après l'apparition d'un lupus. Radium, récidive; 2e traitement par le radium, guérison.

Mme veuve B..., âgée de 68 ans, se présente à la consultation du Centre anti-cancéreux au mois de novembre 1926, pour une tumeur de la face.

Histoire de la maladie. — L'affection cutanée a débuté chez cette malade, il y a 18 ans, par un bouton sur le bout du nez. La malade a été traitée par diverses pommades. L'ulcération s'est agrandie vers les ailes et la lèvre du côté gauche. La malade a été soignée par la photothérapie sans succès en 1911. Elle consulte alors un médecin de Luchon qui la traite par application de formol pendant 11 ans. En mai 1925, elle voit M. le professeur Audry; un Wassermann est positif. On fait plusieurs piqûres qui restent d'ailleurs sans effet sur l'affection cutanée. En juin 1925 et décembre 1926, elle a un érysipèle. Le lupus s'étend ensuite sur le front, la lèvre inférieure gauche et la joue droite.

Etat actuel. — Plaques ulcéro-cicatricielles, occupant la région du front, du nez et une partie de la joue

droite, ayant détruit la narine gauche dont l'orifice est atrésié. La lèvre supérieure à gauche est également envahie.

A ce niveau, il existe, tout près du sillon naso-génien, une petite ulcération qui saigne facilement. On ne constate pas d'adhérence de l'ulcération aux plans profonds. Pas d'adénopathie. A la périphérie des lésions lupiques frontales, il existe également des ulcérations douteuses sur lesquelles on pratique une biopsie.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur le front :

18 tubes de 2 mgr. sur app. feutre.	Début le 19 nov. 1926. Fin le 30 nov. 1926.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,30.
Distance : 8 mm.	Au total : 64,80 Mcd.

Sur le nez et la lèvre supérieure :

7 aiguilles de 2 mgr. plus 7 tubes de 2 mgr. sur app. feutre.	Début le 19 nov. 1926. Fin le 30 nov. 1926.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,40.
Distance : 8 mm.	Au total : 50,40 Mcd.

Sur la région sous-maxillaire gauche et droite (Irradiation préventive) :

20 tubes de 2 mgr. sur app. feutre.	Début le 30 nov. 1926. Fin le 4 déc. 1926.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 0,40
Distance : 8 mm.	Au total : 28,80 Mcd.

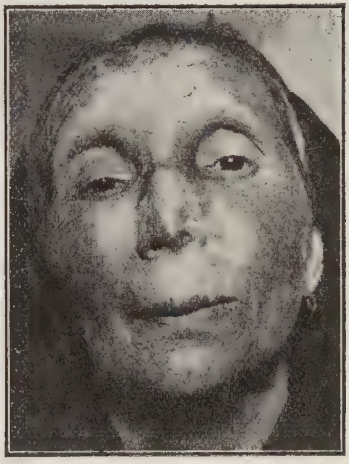
Le 4 décembre. — On enlève 8 tubes de 2 mgr. de ce dernier appareil (4 à chaque extrémité) pour éviter d'agir trop vivement sur la lèvre et la langue.

12 tubes de 2 mgr. sur app. feutre.	Début le 4 déc. 1926. Fin le 5 déc. 1926.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 0,10
Distance : 8 mm.	Au total : 4,32 Mcd.

Le 9 décembre. — L'action paraissant insuffisante sur le bourrelet de la lésion frontale, on complète le traitement par l'application d'un appareil de feutre porteur de 5 tubes de 2 mgr. disposés en hémicycle.

5 tubes de 2 mgr. sur feutre.	Début le 9 déc. 1926.
	Fin le 13 déc. 1926.
Filtration : 1 mm. Pt.	Med. cm2 : 0,60.
Distance : 8 mm.	Au total : 7,20 Med.

Sort le 22 décembre 1926. — Les régions irradiées de la face ont réagi dans l'ensemble assez vivement. La malade présente actuellement des zones de radiodermite en évolution au front, au nez et à la moitié gauche de la lèvre. Pas d'adénopathie.



Revue le 2 février 1927. — Cicatrisation presque complète de la lésion. Seuls subsistent 3 points ulcérés : au niveau du front, du lobule du nez et de la lèvre supérieure. Dans l'ensemble, résultat excellent. Pas d'adénopathie.

Le 24 mars 1927. — On nous signale que toutes les lésions épithéliomateuses très étendues chez cette malade sont entièrement guéries et si en certains points (bout du nez) la peau n'a pas encore repris son épaisseur et sa couleur habituelle, la tendance vers la guérison se poursuit rapidement.

Revue le 11 juillet 1927. — La guérison paraît complète. Bien qu'il n'existe pas à la partie inférieure de la narine gauche de lésion visible, la peau est mince et les saignements sont faciles. Au-dessus du sourcil gauche se trouve une toute petite croûte qui tombe, se reproduit et mérite d'être surveillée.

Hospitalisée le 23 septembre 1927. — Dyskératose de la région frontale surmontant l'arcade sourcilière gauche. Petite lésion de même nature occupant la racine des cheveux du même côté.

Biopsie sur ces deux lésions : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur le sourcil gauche :

5 aiguilles de 1 mgr. sur app. moulé en cire. Filtration : 1/2 mm. Pt. Distance : 3 mm.	Début le 24 sept. 1927. Fin le 1er oct. 1927. Mcd. cm2 : 2,80 Au total : 8,45 Mcd.

Sur la région frontale gauche :

4 aiguilles de 1 mg. sur app. monté en cire. Filtration : 1/2 mm. Pt. Distance : 3 mm.	Début le 26 sept. 1927 Fin le 1er oct. 1932. Mcd. cm2 : 1,20. Au total : 3,60 Mcd.

Sort le 1er octobre 1927. — Réaction assez vive des régions traitées. Nivellement parfait des lésions.

Hospitalisée le 13 février 1933. — Les lésions du front, du sourcil et du nez se réduisent à de la dyskératose avec squames et tissu cicatriciel. Mais une grosse lésion néoplasique ulcéreuse est apparue au niveau de

la lèvre supérieure, atteignant le bord libre jusqu'à un centimètre de la commissure et toute la région du sillon naso-génien. C'est à ce niveau qu'avait été traité le premier épithélioma en novembre 1926. Pas d'adénopathie.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire.

Sur la lésion de la lèvre supérieure :

4 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire.	Début le 16 fév. 1933. Fin le 25 fév. 1933.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,12.
Distance : 1 cm.	Au total : 10,80 Mcd.

(4 jours d'interruption en cours de traitement).
Sort le 27 *février* 1933.

Le 8 *mai* 1933. — La malade paraît complètement guérie ; il ne persiste que des lésions cicatricielles qui surélèvent sa région sourcilière gauche, déterminent une atrésie à peu près complète de la narine du même côté en cachant et en relevant la moitié gauche de la lèvre inférieure.

Le 22 janvier 1934. — Nous recevons des nouvelles de la malade. La guérison semble se maintenir.

Le 17 février 1934. — La malade est complètement guérie.

Observation II

(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus vulgaire de la face et des avant-bras. Epithélioma ulcéreux de la face développé 30 ans après les lésions lupiques. Curiethérapie. Echec. Mort.

Mme M..., ménagère, mariée, âgée de 46 ans, vient à la consultation du Centre anti-cancéreux au mois d'août 1927 pour une tumeur de la face.

Histoire de la maladie. — La malade est atteinte de

lupus de la face et des avant-bras depuis l'âge de 14 ou 15 ans.

En avril 1926, elle voit se développer sur la joue droite une petite ulcération qui s'agrandit rapidement.

En décembre 1926, hospitalisation à Montpellier ; application de radium : 15 aiguilles dont nous ignorons la charge. Disparition de la tumeur au bout de trois mois.

En mars 1927, récidive de l'ulcération.

Hospitalisée au Centre anti-cancéreux, le 8 août 1927.

Etat actuel. — La malade présente un lupus occupant tout le côté droit de la face jusqu'à l'oreille limité à la partie supérieure au sourcil et à la partie inférieure au maxillaire inférieur. Il remonte du côté gauche sur le front et occupe la totalité de la joue et de l'oreille. L'auvent nasal est détruit presque jusqu'au niveau des os propres du nez.

Il existe, au niveau de la région malaire droite, une ulcération de forme circulaire d'un diamètre de 4 cm. environ, bourgeonnante, profondément adhérente à l'os.

Pas d'adénopathie appréciable.

Biopsie le 9 août 1927 : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion :

10 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire.	Début le 10 août 1927. Fin le 17 août 1927.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 0,84.
Distance : 8 cm.	Au total : 21,60 Mcd.

Interruption d'un jour pendant le traitement.

On fait *une deuxième biopsie*, le 13 septembre 1927, car la tumeur semble peu régresser : épithélioma spino-cellulaire.

On décide d'instituer un traitement complémentaire par le radium :

Dans le fond de l'ulcération :

4 tubes de 2 mgr. sur app. en cire.	Début le 17 sept. 1927. Fin le 23 sept. 1927.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,44.
Distance : 8 cm.	Au total : 8,64 Mcd.

Sur la lésion :

1 tube de 2 mgr. sur gaze.	Début le 21 sept. 1927. Fin le 1er oct. 1927.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 0,33.
Distance : 0.	Au total : 3,33 Mcd.

Interruption de deux jours dans le traitement.

Sort le 5 octobre 1927. — Le bourgeonnement paraît de bonne nature dans le fond de l'excavation. On ne revoit plus la malade.

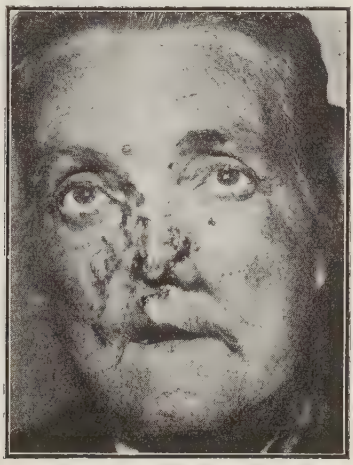
Renseignements recueillis. — Les lésions semblent s'améliorer pendant quelques mois, mais elles s'aggravent ensuite, s'étendent en largeur et en profondeur et la malade meurt le 19 août 1928 de cachexie cancéreuse.

Observation III
(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus vulgaire datant de 20 ans. Epithélioma ulcéreux occupant une grande partie de la joue droite. Adénopathies sous-maxillaires à gauche. Radium. Echec thérapeutique. Mort.

Mme A..., s. p., épouse Es..., âgée de 71 ans, vient à la consultation le 27 juillet 1928 pour une tumeur de la face évoluant depuis un mois et demi.

Histoire de la maladie. — Depuis 20 ans, il existe une lésion recouverte de croûtes au niveau du nez et de la joue droite; la narine droite a été progressivement détruite. La malade vient nous consulter pour une ulcération apparue depuis un mois et demi sur une verrue voisine de la lésion initiale (au-dessus de la narine gauche).



Etat actuel. — La malade présente une lésion néoplasique greffée sur un lupus ancien qui s'étend sur toute la partie droite du nez, sur la lèvre supérieure du côté droit, débordant la commissure et remontant sur la

joue jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique. La narine droite a presque disparu et paraît obstruée par une tumeur d'aspect rouge qui présente par endroits, des croûtes brunes. Au-dessus de la narine gauche, il existe une petite tumeur bourgeonnante et saignante. On trouve dans la région sous-maxillaire gauche un ganglion assez volumineux, dur et adhérent. Rien du côté droit.

Ex. O. R. L. : négatif.

Biopsie : épithélioma épidermoïde spino-cellulaire à globes cornés au niveau des deux lésions suspectes.

Traitement par le radium :

Sur les lésions nasales :

11 tubes de 2 mg. sur app. moulé en cire.	Début le 31 juil. 1928. Fin le 9 août 1928.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 0,99
Distance : 1 cm.	Au total : 34,65 Mcd.

Sur les ganglions :

6 tubes de 5 mgr. sur app. feutre et cire.	Début le 1er sept. 1928 Fin le 10 sept. 1928.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,17.
Distance : 5 cm.	Au total : 54,60 Mcd.

Sort le 24 septembre 1928. — Les lésions nasales sont presque complètement cicatrisées, mais le ganglion sous-maxillaire gauche est peu modifié d'après l'examen clinique.

Revue le 16 octobre 1928. — Le ganglion précité a pris un énorme développement et menace de s'ulcérer. La lésion primitive est guérie sauf au pourtour de la narine gauche ou persiste une plaie.

L'état général est très mauvais. On porte un pronostic fatal à échéance plus ou moins rapprochée.

Décédée le 2 janvier 1929. — Ganglion ulcéré, infecté et saignant. Cachexie cancéreuse.

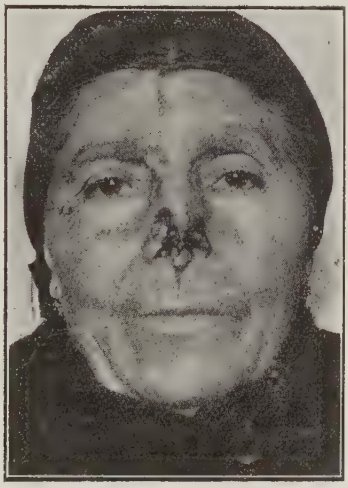
Observation IV

(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus vulgaire de la face. Epithélioma ulcéreux du nez développé 17 ans après l'apparition du lupus. Traitement au radium. Guérison apparente.

Mme L..., cultivatrice, âgée de 71 ans, se présente le 26 mars 1929 à la consultation du Centre anti-cancéreux, pour une tumeur au nez.

Histoire de la maladie. — Début, il y a 17 ans, au moins par des croûtes sur le nez. Traitée aux rayons X pendant 14 ans environ (une séance par mois).



Etat actuel. — Le processus lupique a détruit l'aile gauche du nez en entier et une partie de l'aile droite. La lésion néoplasique occupe l'extrémité inférieure de la région dorsale du nez ; elle est ulcérée et recouverte de croûtes. Pas d'adénopathie. Un prélèvement est pratiqué.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion :

7 tubes de 2 mgr. sur app. en cire.	Début le 2 mai 1929. Fin le 7 mai 1929.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,05.
Distance : 5 mm.	Au total : 12,60 Mcd.

Sort le 30 *mai* 1929. — Cicatrisation de la lésion néoplasique.

Revue le 12 *juillet* 1929. — Lésion ayant assez bon aspect, toutefois n'étant pas encore cicatrisée dans sa portion médiane et gauche.

Revue le 28 *août* 1929. — Amélioration, mais persistance d'une ulcération médiane recouverte de quelques croûtelles.

Revue le 11 *octobre* 1929. — Cicatrisation presque complète. Petite ulcération ne paraissant pas néoplasique à droite de la cloison.

Le 3 *janvier* 1933. — Vaque à ses occupations, assez bon état général.

Le 1er *février* 1934. — Nous recevons des nouvelles de son médecin traitant, le docteur G. Puech, de Bessières (Haute-Garonne). La malade paraît guérie de son épithélioma ; il existe, çà et là, quelques lésions croûteuses.

Observation V

(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus vulgaire occupant la totalité de la face. Epithélioma végétant de la région sous-maxillaire gauche. Traitement au radium. Récidive. Apparition d'adénopathies. Exérèse de la lésion, évidemment ganglionnaire. Récidive, Cachexie cancéreuse.

Mme G..., 45 ans, mariée, vient à la consultation du Centre anti-cancéreux au mois d'août 1929. C'est une femme de bonne santé apparente, grande et forte. N'a pas eu de maladie grave dans son enfance.

Histoire de la maladie. — L'affection cutanée a débuté chez cette malade dès sa toute jeune enfance : elle avait un ganglion sous-maxillaire qui suppurait tous les ans au printemps. En 1908, le professeur Audry a pratiqué l'exérèse d'un lupus au niveau de la joue gauche et des greffes dermo-épidermiques, puis l'a soumise à un traitement radiothérapique. Peu à peu une tâche rougeâtre s'est étendue sur toute la face à partir de la cicatrice opératoire. Depuis 2 mois « une tumeur est apparue toujours dans la région opérée et s'est mise à grandir et à suppurer ».

Etat actuel (7 *août* 1929). — Le lupus occupe la totalité de la face à l'exception du menton. Il s'étend sur le cou presque jusqu'au niveau de la clavicule gauche. Il est cicatrisé sauf en certains points de la périphérie. Au niveau de la région massétérine (région opératoire) les cicatrices sont blanchâtres.

La lésion néoplasique se présente sous la forme d'une

masse ovalaire dont les diamètres sont 6 cm. et 4 cm. ; surélévation de 1 cent. environ à contour bien circonscrit. Elle occupe la région sous-maxillaire et une partie de la région latérale du cou. Pas d'adénopathie appréciable.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion :

13 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire. Filtration : 1/2 mm. Pt. Distance : 1 cm.

Début le 9 août 1929. Fin le 16 août 1929. Mcd. cm2 : 0,77. Au total : 32,76 Mcd.

Sort le 21 *août* 1929. — La lésion principale est nivelée et la réparation paraît devoir être correcte.

Revue le 24 *septembre* 1929. — Cicatrisation parfaite de la lésion.

Hospitalisée le 15 *avril* 1931. — Dans la région sous-maxillaire gauche, il existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon à surface mamelonnée, suintante, enchatonnée dans la peau normale. Présence d'un ganglion cervical. La face tout entière et le cou sont envahis par le lupus. Un îlot lupique évolue sur le 1/3 interne de la clavicule.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Opération le 24 *avril* 1931 : scopolamine, morphine plus anesthésie locale. Exérèse large de la tumeur et des ganglions. En raison des lésions cutanées (peau peu mobile et se déchirant sous les points, la plaie est laissée à peu près complètement ouverte).

Sort le 5 *mai* 1931. — *Le* 16 *décembre* 1933. — L'état s'aggrave journellement ; le néoplasme a récidivé sur place. La lésion est devenue énorme en largeur et en profondeur.

Observation VI
(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et de la lèvre supérieure. Epithélioma ulcéreux développé 8 ans après le début des lésions lupiques. Radiumthérapie. Décès.

Mme L..., cultivatrice, mariée, âgée de 37 ans, se présente le 10 février 1930 à la consultation du Centre anti-cancéreux pour une tumeur de la face.

Histoire de la maladie. — Antécédents personnels : néant. La maladie actuelle a débuté il y a 8 ans sur le pourtour des fosses nasales. La malade a été traitée par M. le professeur Escat (2 thermo-cautérisations). La lésion a gagné la lèvre supérieure. Il a été fait 49 séances de rayons X (traitement sur 5 ans). Depuis un mois et demi, la lésion s'étend sur la joue droite.

Etat actuel. — Lupus tuberculo-ulcéreux du pourtour des fosses nasales, de la lèvre supérieure et du sillon naso-génien droit. A ce niveau, petite ulcération plus profonde et saignante. On pratique une biopsie à ce niveau. La réponse du laboratoire indique qu'il s'agit de lésions lupiques.

La malade est dirigée sur le service du professeur Audry, le 19 février 1930.

Hospitalisée le 24 février 1930 au Centre anti-cancéreux. — Une biopsie est immédiatement pratiquée dès l'entrée de la malade dans ce service au niveau de la lèvre supérieure près du sillon naso-génien droit; elle montre la présence d'un épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion :

12 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire.	Début le 26 fév. 1930. Fin le 14 mars 1930.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 92.
Distance : 1 cm.	Au total : 51,84 Mcd.

Interruption de quatre jours en cours de traitement

car le cinquième jour d'application, apparaît un œdème infiltrant les deux paupières.

Sort le 15 *mars* 1930.

Revue le 16 *mai* 1930. — Le néoplasme paraît détruit, mais l'état de la lésion est toutefois difficile à juger en raison de la présence de nombreuses croûtes. On propose une biopsie que la malade refuse pour le moment. Elle doit revenir.

Décédée quelques temps après par évolution probable de son lupus et de son cancer d'après ce qu'il résulte de l'interrogatoire posé à la famille.

OBSERVATION VII
(Inédite, professeur DUCUING)

Lupus vulgaire de la face. Epithélioma ulcéreux de la région sous-mentonnière développé 49 ans après le début des lésions lupiques. Pas d'adénopathie. Radium. Echec. Mort.

M. P..., 56 ans, célibataire, domestique, se présente le 30 juin 1930 à la consultation du Centre anti-cancéreux pour une tumeur de la face.

Histoire de la maladie. — Antécédents personnels : sans intérêt. La malade rattache le début de son affection cutanée aux suites d'une blessure au menton qu'elle avait eue à l'âge de 5 ou 6 ans.

Depuis lors, la plaie ne s'est jamais cicatrisée, des rougeurs se forment provoquant des démangeaisons sur tout le menton, la joue gauche et l'oreille gauche. Depuis 6 mois environ, il se forme une large croûte à un travers de doigt environ de la commissure labiale gauche.

Etat actuel (1er juillet 1930). — Gros lupus cicatrisé de couleur rose vif occupant toute la joue gauche et ayant envahi la tempe et le pavillon de l'oreille, tout le menton et la région sous-mentale. La lésion a un aspect uniforme et cicatriciel sauf en certains points de la périphérie où il existe quelques nodules en évolution. Au ni-

veau du sillon mentonnier et empiétant sur la joue, il existe une ulcération grande comme une pièce de cinq

francs à bords bourgeonnants et indurés. Sous le lobule de l'oreille, on constate une petite tumeur bourgeonnante et saignante.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion mentonnière :

8 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire.	Début le 8 juil. 1930.
	Fin le 21 juil. 1930.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,95.
Distance : 1 cm.	Au total : 37,44 Mcd.

Sur la lésion sous-lobulaire :

4 tubes de 2 mg. sur app. moulé en cire.	Début le 8 juil. 1930.
	Fin le 21 juil. 1930.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,95.
Distance : 1 cm.	Au total : 19 Mcd.

Sort le 31 *juillet* 1930.

Hospitalisée de nouveau le 6 janvier 1933. — La lésion lupique envahit la joue droite. La lésion néoplasique du menton forme un cratère profond à fond bourgeonnant, triangulaire à sommet interne d'une dimension de 3 cm. sur 4. La lésion sous-lobulaire n'est guère modifiée. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

sur la commissure gauche :

7 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire. Filtration : 1 mm. Pt. Distance : 1 cm. — Début le 13 janv. 1933. Fin le 21 janv. 1933. Med. cm2 : 1,26. Au total : 20,16 Med.

sur la lésion pré-auriculaire :

7 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire. Filtration : 1 mm. Pt. Distance : 1 cm. — Début le 13 janv. 1933. Fin le 21 janv. 1933. Med. cm2 : 2,10. Au total : 20,16 Med.

Sort le 1er février 1933.

Le 1er juin 1934, nous recevons la lettre suivante de son médecin traitant le docteur Durban : « Mme P..., est partie de Fabrezan il y a un an environ pour l'hospice des Petites Sœurs des Pauvres à Carcassonne. J'ai appris dernièrement qu'elle était morte à l'hôpital de cette ville je ne sais de quelle maladie.

« Je l'avais vue en septembre 1933, de passage à Fabrezan ; l'état général était bon, mais l'épithélioma récidivait avec adénopathies. Le lupus était toujours dans le même état ».

Observation VIII
(Inédite, professeur Ducuing)

Lupus érythémateux du nez et de la région sous-maxillaire gauche. Epithélioma ulcéreux de la partie latérale gauche du nez développé 25 ans après l'apparition du lupus. Radium. Très grosse amélioration.

M. C..., cuisinier, marié, âgé de 65 ans, vient à la con-

sultation du Centre anti-cancéreux au mois de mars 1930, pour une tumeur développée sur un lupus érythémateux à la suite de radiothérapie profonde (?).

Histoire de la maladie. — Il y a 25 ans la maladie débute par un « bouton » sur le nez. Petit à petit, il s'est formé une rougeur qui a gagné tout le nez et principalement le côté gauche. Une autre plaque rouge apparaît dans la région sous-auriculaire du même côté. Le diagnostic du lupus érythémateux a été porté dès ce moment. Le docteur Marie a pratiqué à cette époque un grand nombre de séances de rayons X (10 séances au minimum d'après ce que dit le malade). Amélioration, puis récidive.

Il y a 19 ans, nouvelle série de rayons X (15 séances) par le docteur Constantin. Amélioration, puis récidive.

Il y a 5 ans, application de neige carbonique.

Etat actuel (25 mai 1931). — Le malade présente des cicatrices lupiques (nez, lèvre supérieure et région postérieure de l'angle de la mâchoire à gauche). Sur la partie latérale gauche du nez, il existe une ulcération irrégulière peu profonde à fond blanc jaunâtre, qui saigne facilement, non douloureuse ; on trouve aussi, surtout à droite, quelques ganglions sous-maxillaires peu volumineux, et sans caractères néoplasiques.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par le radium :

Sur la lésion nasale :

3 tubes de 2 mgr. sur app. moulé en cire.	Début 1er avril 1931. Fin le 9 avril 1931.
Filtration : 1 mm. Pt.	Mcd. cm2 : 1,80.
Distance : 1 cm.	Au total : 5,40 Mcd.

Interruption de 3 jours dans le traitement.

Sort le 11 *avril* 1931.

Revu le 8 *juin* 1931. — La lésion n'est guère modifiée et il n'y a aucune tendance à l'épidermisation.

Le 22 *décembre* 1933. — Les lésions lupiques ont évolué et détruit la pointe et les ailes du nez. A droite, à la limite de l'ulcération lupique, près du sillon naso-

génien, il existe un petit bourrelet qui semble être une récidive d'épithélioma. Le malade refuse une biopsie. Il n'existe pas d'adénopathie. En somme l'état est satisfaisant.

OBSERVATION IX

(Inédite, professeur DUCUING)

Lupus vulgaire de la face. Epithélioma ulcéreux de la joue gauche développé 23 ans après le début des lésions lupiques. Exérèse. Récidive. Radiothérapie. Guérison.

M. D... 46 ans.

Histoire de la maladie. — Le lupus est apparu à l'âge de 33 ans, sur le pourtour de l'orifice narinaire gauche ; il s'est progressivement et très lentement étendu sur la lèvre supérieure et les deux joues, mais avec une tendance spontanée à la guérison centrale à mesure qu'il augmentait par sa périphérie. Pendant fort longtemps le malade n'a pas été traité. Il y a trois ans une poussée paraissant avoir moins de tendance à la guérison que les autres se développa sur la joue gauche. A ce moment le malade fut traité par la neige carbonique, puis une application de radium.

Etat actuel (9 décembre 1931). — Quand le malade se présente au C. A. T., le lupus a peu près cicatrisé, occupe les deux côtés de la face. Seuls sont épargnés le front, les paupières et la pointe du menton.

Depuis près d'un an s'est développé sur la joue gauche au niveau de la partie moyenne de l'arcade zygomatique une ulcération néoplasique triangulaire à base supérieure de 2 centimètres et demi de côté, recouverte d'une croûte peu épaisse qui, une fois enlevée, saigne facilement. Le tissu cicatriciel qui l'entoure est particulièrement blanchâtre et avasculaire. Pas de ganglions. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement (14 décembre 1931). — Exérèse de la tu-

meur, car on a déjà irradié la région et l'on redoute une radionécrose des tissus péri-néoplasiques.

Revue le 21 *juillet* 1933. — Récidive au niveau de la joue gauche. Petite tumeur ulcérée du volume d'un gros pois ; la biopsie indique un épithélioma spino-cellulaire.

Traitement radiothérapique (le 25 juillet 1933). — Une séance (méthode de Coste).

Revue le 8 *septembre* 1933. — Cicatrisation mais au niveau de la région traitée, petite tumeur circulaire infiltrée de 2 cm. de diamètre.

Revue le 27 *octobre* 1933. — Pas de modification apparente.

Revue 12 *décembre* 1933. — Même état stationnaire.

Traitement radiothérapique (le 19 décembre 1933). — Une séance (méthode Coste).

Revue le 20 *janvier* 1934. — Guérison complète de l'épithélioma, petite poussée lupique (examen histologique).

Le 30 *janvier* 1934. — Exérèse de la récidive lupique.

II. — Observations recueillies au Centre anti-cancéreux de Lille (1).

Observation X

Lupus tuberculeux de la face et du cou. Epithélioma sur les lésions du cou. Rœntgenthérapie. Guérison.

Mme F..., 78 ans.

Antécédents. — La malade présente un lupus de la

---

(1) Nous remercions M. le professeur Lambret d'avoir eu l'amabilité de nous faire adresser quelques observations du C. A. L.

face et du cou depuis l'âge de 10 ans, soigné par scarifications et pommades.

A l'âge de 70 ans, la malade vit se développer dans la région latérale du cou à gauche une petite tumeur qui s'ulcéra rapidement.

Etat actuel. — Elle se présente quelques mois plus tard (en mars 1925) au Centre anti-cancéreux, avec une ulcération de la taille d'une pièce de 5 francs, à bords peu surélevés, à fond sanieux.

Biopsie : « Epithélioma malpighien spino-cellulaire. Activité caryocinétique faible, stroma fibreux très infiltré par plans de leucocytes divers (plasmazellen) ».

Traitement. — La malade est soumise au traitement radiothérapique :

Distance focale : 40 cm.
Filtration 5/10e cuivre + 2 aluminium.
Dose : 5.000 r.

Depuis novembre 1925, la cicatrisation reste parfaite.

Juin 1933. — La malade est revue. Depuis un an est réapparu, au même endroit, une petite plaie qui est cicatrisée en partie, par des injections de sels d'or. Cette plaie est actuellement de la taille d'une pièce de 0 fr. 50, plane, sans rebord, sans caractère néoplasique, en voie de cicatrisation.

Pas de trace de cancer, mais le lupus est en pleine évolution et gagne l'oreille gauche.

Observation XI

Lupus tuberculeux de la lèvre supérieure. Epithélioma. Rœntgenthérapie. Guérison.

Mme F..., 50 ans.

Antécédents : sans intérêt. La malade se présente au Centre anti-cancéreux de Lille en octobre 1926, porteur d'un lupus ayant début à l'âge de 17 ans. Il avait été soigné par scarifications et par de nombreuses séances de radiothérapie superficielle (une centaine environ).

Etat actuel. — Tumeur bourgeonnante de la lèvre supérieure de la grosseur d'une mandarine, surélevée en chou-fleur, saignant facilement au pansement.

Cette tumeur s'est développée sur un lupus ancien, encore en activité à la périphérie, où on constate la présence de nodules lupiques ; elle est cicatrisée en son centre avec destruction partielle des orifices narinaires et de la lèvre supérieure.

Le 15 octobre 1926, la tumeur est traitée par radiothérapie pénétrante :

Tension constante : 200.000 V.

Filtration 5/10e cuivre + 2 aluminium.

Dose : 6.000 r. en 4 séances. (1 secteur centré sur la tumeur).

La malade est revue quelques semaines après le traitement ; la tumeur a complètement fondu, l'ulcération se présente avec des bords souples ; elle a la dimension d'une pièce de 2 francs.

Un an après (en novembre 1927). — La cicatrisation est complète.

En juin 1933. — La guérison se maintient depuis 7 ans.

Observation XII

Vaste lupus de la face. Epithélioma du sillon naso-génien droit. Curiethérapie, guérison du cancer.

Mme D..., 46 ans.

Antécédents : sans intérêt. — La malade se présente au Centre anti-cancéreux en mars 1928 pour une ulcération qui se développe depuis deux ans sur son lupus.

Le lupus existe depuis l'âge de sept ans, il a été soigné par de nombreuses séances de radiothérapie superficielle à l'âge de 10 à 15 ans, et de nouveau à l'âge de 30 ans ; on a également pratiqué des grattages et un essai de greffe qui reste infructueux.

Etat actuel. — La malade présente un vaste lupus de

la face couvrant le front : les joues, le nez, en partie détruit, la lèvre supérieure, le menton.

Au niveau du sillon naso-jugal droit commence une ulcération qui s'étend en dedans vers le nez et en dehors vers la joue sur une superficie de 6 cm. de haut et de 2 cm. de large. Les bords de l'ulcération sont indurés, la région inférieure saigne au moindre contact.

Traitement. — On applique un appareil comportant 2 tubes de 10 mgrs. à 1 cm. de la peau; l'appareil est laissé en place 8 jours. Dose totale : 28,8 Mcd.

Quand on enlève l'appareil, la réaction n'est pas très vive. La cicatrisation fut longue, mais complète ; la paupière inférieure fut légèrement attirée en bas par la cicatrice.

Observation XIII

Lupus du nez et de la lèvre supérieure. Epithélioma. Curiethérapie. Guérison.

Mme F... 53 ans.

Antécédents. — A l'âge de 20 ans, la malade vit apparaître sur l'aile du nez les premières tâches lupiques ; le lupus se développa depuis la partie moyenne du nez jusqu'à la lèvre supérieure, et latéralement jusqu'au sillon naso-labial.

Entre 20 et 30 ans, elle reçut de nombreuses séances de radiothérapie superficielle (une centaine). Le lupus cicatrisa, mais à l'âge de 35 ans, il se développa à 1 cm. en dehors du sillon naso-labial droit, une petite tumeur bourgeonnante, saignante, de la grosseur d'un haricot, dont on fit l'ablation chirurgicale.

En 1926, la malade étant âgée de 45 ans, il apparut une nouvelle dégénérescence néoplasique, qui ne céda pas au traitement par grattages et par cautérisations et qui amena le malade au Centre anti-cancéreux de Lille, deux ans plus tard.

Etat actuel (mai 1928). — La malade se présenta avec

un lupus à peu près cicatrisé, mais présentant à 1 cm. au-dessus de la commissure labiale droite, une ulcération néoplasique bourgeonnante indurée, actuellement de la dimension d'une pièce de un franc, relativement mobile sur les plans profonds.

On appliqua un appareil en surface, de 1 cm. 5 d'épaisseur sur lequel furent disposées 6 aiguilles de 2 mgrs. verticales à 1 cm. l'une de l'autre, et 2 aiguilles, l'une au-dessus, l'autre au-dessous :

par jour : $2 \times 8 \times 24 = 384$,

pendant 17 jours $384 \times 17 = 65{,}28$ mgr. par heure, soit 48,96 Mcd.

En juillet 1928, la cicatrisation est complète ; il persiste dans l'épaisseur de la lèvre supérieure une induration légère.

En juin 1930, la lèvre est souple.

En juin 1933, la malade est complètefent guérie ; la cicatrice est souple.

Observation XIV

Lupus atteignant presque toute la face. Epithélioma de la joue. Curiethérapie. Guérison de l'épithélioma.

Mme L..., 64 ans.

Antécédents. — Lupus, apparu à l'âge de 45 ans, et traité par scarifications et multiples séances de radiothérapie superficielle.

Etat actuel. — En février 1930, quand la malade se présente au Centre anti-cancéreux, le lupus recouvre toute la face excepté la région frontale gauche.

Depuis un an s'est développée sur la joue, près de l'angle de la mâchoire, une ulcération de la grandeur d'une petite paume de main, surélevée, présentant de nombreux bourgeons saignant au contact. Pas d'extension en profondeur. Pas de ganglions nettement perceptibles.

L'examen d'un fragment prélevé donna « Epithélioma

du type malpighien, spino-cellulaire ; gigantisme cellulaire et nucléaire ».

En mars 1930, on applique un appareil en pâte « Columbia » n° 1 comportant à un demi centimètre de la peau :

6 aiguilles de 1 mgr. 83, soit par jour 1,44 M. C. D.,

7 aiguilles de 2 mgrs., soit par jour 2,96 M. C. D.

L'appareil fut laissé en place 10 jours.

Dose totale : 39,6 M. C. D.

Un mois plus tard, on notait la disparition des bourgeons ; l'ulcération était plane, sans aucun bourrelet, sans induration.

En juin 1930, cicatrisation complète.

En juillet 1933, pas de nouvelle dégénérescence cancéreuse ; le lupus évolue toujours.

Observation XV

Lupus de tout le visage. Epithélioma de la joue. Curiethérapie. Grosse amélioration.

Mme R..., 39 ans.

Antécédents. — A l'âge de 9 ans la malade présenta un lupus qui fut traité par radiothérapie superficielle il y a 16 ans.

En 1930, se développa une petite masse bourgeonnante qui augmenta rapidement de volume, dans la région jugale gauche.

La malade se présente au Centre anti-cancéreux en janvier 1931.

Etat actuel. — Le visage est ravagé par le lupus ancien ; on note une perte de substance cicatrisée à la partie droite du menton, les ailes du nez sont détruites. Au milieu de la joue gauche, proémine une tumeur de la grosseur d'une mandarine, rouge et d'aspect grenu, saignant au contact, adhérant aux plans profonds.

L'induration atteint presque toute la lèvre supérieure

et s'étend circonférenciellement autour de la tumeur sur 1 à 2 cm.

Il existe une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Traitement. — En février 1931, sous anesthésie locale on pratique un aiguillage périphérique de la tumeur :

12 aiguilles de 1,33, soit 15 mgrs. 96 × 24 = 383 mgr. par jour.

3 aiguilles de 2 mgrs, soit 6 mgrs. 24 = 144 mgrs. par jour.

Les aiguilles sont enlevées au bout de 10 jours.

Dose totale : 52,70 × 3/4 = 39,52 M. C. D.

En mai 1931 à la suite de ce traitement la tumeur disparaît, mais il persiste une ulcération de la taille d'une pièce de 2 francs avec infiltration du bord externe.

En décembre 1932, la malade revient pour traitement d'une ulcération de la narine droite.

On pose pendant 10 jours un appareil supportant 9 aiguilles de 2 mgrs à 1 cm. de la peau.

Dose totale : 1,8 × 1,8 × 10 = 32 M. C. D.

Le 14 *février* 1933, l'ulcération est presque cicatrisée, les bords sont bien souples; l'état local reste bon.

Observation XVI

Lupus de toute la joue gauche. Epithélioma de la joue gauche. Curiethérapie. Guérison.

M. H..., 62 ans.

Antécédents. — Début de lupus à l'âge de trois ans au niveau de la joue gauche.

Etat actuel. — Le malade se présente en juin 1932 au Centre anti-cancéreux. A cette époque le lupus s'étend à toute la joue droite, depuis le sillon médian naso-labial remontant sur l'aile du nez jusqu'au rebord inférieur de l'orbite, rétractant la paupière inférieure, s'étendant à 2 cm. en avant de l'oreille et jusqu'au bord du maxillaire inférieur. On note des nodules en activité vers la partie inférieure.

La partie centrale et interne de ce lupus s'est transformée depuis fin 1930 en une vaste ulcération saignante

aux bords rouges et indurés, limitée en dedans par une ligne passant par le bord gauche du nez, en bas par la muqueuse labiale et s'étendant vers le haut et en dehors, sur une surface de 6 à 7 cm2.

L'examen d'un fragment donna : prolifération épithéliomateuse malpighienne du type spino-cellulaire.

Le lupus avait débuté à l'âge de 3 ans. Il avait été traité par des pommades et surtout (entre 20 et 30 ans) par de multiples pointes de feu. Après une longue période de silence, le lupus se remit à évoluer en 1928, et on fit des applications d'U. V.

Traitement de l'ulcération néoplasique. — En août 1932, pose d'un appareil en pâte « Colombia » comprenant 13 aiguilles de 2 mgr., à 1 cm. de la peau, pendant 7 jours.

$$0{,}36 \times 13 \times 7 = 32 \text{ M. C. D. } 76$$

En novembre 1932, l'ulcération est complètement cicatrisée, recouverte d'une peau blanchâtre, fine, lisse, souple. Aucune induration de la lèvre ni de l'aile du nez.

En mai 1933, la guérison se maintient. On note une petite ulcération de la surface d'une pièce de 0,50 sans caractère néoplasique. Cette ulcération se cicatrise en un mois par l'application de « Parémanol » et l'irradiation aux infra-rouges.

III. — Observations recueillies au Centre anti-cancéreux de Nancy (1).

Observation XVII

Lupus de la joue gauche. Epithélioma. Curiethérapie. Guérison.

Mme V. O..., 65 ans, se présente au Centre pour une tumeur de la joue gauche.

---

(1) Le professeur Hoche nous a adressé ses observations du C. A. N.; nous le remercions bien vivement.

Antécédents. — Lupus de la joue gauche depuis l'âge de 12 ans.

En novembre 1926, apparition d'un bourgeonnement sur la cicatrice jugale.

Etat actuel (18 mars 1926). — Vaste masse fongueuse de la joue gauche s'étendant de l'oreille jusqu'aux lévres supérieure et inférieure qui sont intéressées dans leur 1/3 gauche.

..*Biopsie.* — Epithélioma pavimenteux lobulé spino-cellulaire. Mitoses nombreuses dont plusieurs anormales. Réaction fibreuse du stroma.

Traitement curiethérapique le 31 *mars* 1926. — 8 aiguilles de 1 mgr. Ra. él. + 2 aiguilles de 2 mgr. pendant 7 jours. Dose totale 15,56 M. C. D.

Fin 1926. — Cicatrisation complète.

En 1933. — Aucune récidive.

Observation XVIII

Lupus de la joue gauche. Epithélioma. Traitement curie et rœntgenthérapique. Echec. Mort.

Mme Gl..., 57 ans.

Antécédents. — Lupus joue droite depuis 1918, traité à Nancy par cautérisations, piqûres, rayons ultra-violets.

Depuis 2 ans (1925) perte de substance, le processus envahit de proche en proche.

Etat actuel. — 24 décembre 1926, placard rouge sur le nez avec perte de substance. Envahissement des régions orbitaires et labiales surtout à droite.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire avec globes épidermoïdes. Très peu de mitoses. Infiltration leucocytaire importante.

Premier traitement curiethérapique le 20 *janvier* 1927. 2 tubes 5 mmgr. Ra. él. + 2 tubes de 6,66 Ra. él. pendant 5 jours, sur appareil de cire. Dose totale : 27,68 M. C. D.

5 *octobre* 1927. — Après une légère amélioration la

néoplasie évolue à nouveau; joue très tuméfiée, avec orifices fistuleux purulents. La néoplasie s'étend à la paupière inférieure droite, jusqu'à 1 travers de doigt de l'oreille et gagne le quart extérieur des lèvres.

Deuxième traitement curiethérapique. — 10 aiguilles de 1 mmgr. Ra. él. + 6 aiguilles 2 mmgr. pendant 5 jours. Dose 21,53 M. C. D.

22 *novembre* 1927. — Persistance du processus évolutif vers les lèvres supérieure et inférieure. Apparition d'un ganglion sous le maxillaire droit.

Troisième traitement curiethérapique. — Sur la lésion, 9 aiguilles de 1 mmgr. Ra. él. + 3 aiguilles de 1 mmgr. pendant 9 et 7 jours. Dose :21,53 M. C. D.

Sur le ganglion, *traitement rœntgenthérapique* : 2.000 R Solomon par une porte, filtration 1 mm. Cu. + 1/10 mm. Al., 200.000 volts, 3 milliampères.

21 *janvier* 1928. — Persistance d'une ulcération sanieuse de 60 mm2 vers la commissure labiale droite; petit nodule induré comme un pois sur la joue. Envahissement de la muqueuse jugale.

14 *février* 1928. — La malade se présente seulement pour un nouveau *traitement curiethérapique* (quatrième traitement) :

2 aiguilles de 2 mmgrs. Ra. él. + 10 aiguilles de 1 mmgr. chute successive. Dose totale : 12,91 M. C. D.

19 *Mars* 1928. — *Traitement roentgenthérapeutique* : 4.000 R. Solomon par 2 portes.

Sur le nez rayonnement moins filtré.

19 *avril* 1928. — Envahissement de la voûte palatine. Adénopathie sous-maxillaire volumineuse.

19 *juillet* 1928. — Perte de substance joue et maxillaire supérieur. Mauvais état général.

Décès le soir du 19 *juillet* 1928.

Observation XIX

Lupus de la face. Epithélioma de la lèvre supérieure. Curiethérapie. Malade perdue de vue.

Mme Ro..., 66 ans.

Antécédents. — Lupus de la face datant de 11 ans, traité à Nancy depuis 1924.

A la fin de l'année 1926 douleurs dans la région labiale supérieure gauche, puis ulcération.

Etat actuel 7 février 1927. — Ulcération sanieuse de la moitié gauche de la lèvre supérieure entourée d'un bourrelet néoplasique induré.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux lobulé; formations épidermoïdes, plus quelques formes intermédiaires. Peu de mitoses. Réaction leucocytaire moyenne.

Traitement curiethérapique (15 février 1927). — 5 tubes de 3,33 mgr. Ra él. sur appareil de 1 cm. d'épaisseur de mousse de caoutchouc pendant 4 jours. Dose totale : 13,38 M. C. D.

2 *avril* 1927. — Le nez est en très grande partie détruit. La narine gauche a disparu. Vaste ulcère à fond sanieux de la moitié gauche de la lèvre supérieure, la partie supérieure est cratériforme creusée dans une masse néoplasique en voie de mortification.

Reprise du traitement curiethérapique (13 avril 1927). — 4 aiguilles de 1 mgr. Ra él. + 2 aiguilles de 1 mgr. pendant 7 jours. Dose totale : 7,80 M. C. D.

Malade perdue de vue n'ayant pu être atteinte par lettre circulaire de fin d'année.

Observation XX

Lupus de la joue droite. Epithélioma, Curiethérapie et Rœntgenthérapie. Amélioration. Récidive. Mort.

M. R..., 64 ans.

Antécédents. — Lupus de la joue droite depuis 25 ans traité à Paris à l'hôpital Saint-Louis par ignipuncture.

En août 1926. — Bourgonnement de la cicatrice.

Etat actuel (12 novembre 1926). — Vaste ulcération de la joue droite s'étendant de l'apophyse malaire à l'oreille qu'elle contourne pour recouvrir la mastoïde. Vers le bas elle s'étend jusqu'au rebord du maxillaire. Bour-

relet périphérique surtout accentué vers la région malaire qui est indurée.

Biopsie : épithélioma pavimenteux lobulé spino-cellulaire à globes épidermoïdes. Peu de mitoses. Réaction leucocytaire.

Traitement curiethérapique (13 novembre 1926). — 6 tubes de 5 mgr. Ra él. sur appareil de cire pendant 12 jours. Dose totale : 65,40 M. C. D.

6 *janvier* 1927. — Aucune modification. Reprise du traitement curiethérapique.

4 aiguilles de 1 mgr. Ra. él. pendant 8 jours. Dose totale : 5,91 M. C. D.

15 *février* 1927. — Pas d'amélioration, essai « ut aliquid » de traitement roentgenthérapique :

5.000 R. Solomon par 2 portes en 10 jours.

Rayonnement peu filtré : 2/10 mm. de Cu + 1/10 Al. 200.000 volts — 2 milliampères.

Mort en septembre 1927.

Observation XXI

Lupus tuberculeux. Epithélioma du nez et de la joue. Curiethérapie. Guérison apparente.

Mme C..., 43 ans.

Antécédents. — Lupus depuis 1907, traité à Belfort par ignipunctures puis R. X. ; à Paris (Saint-Louis), scarifications et neige carbonique, puis à Blamont (Doubs) par R. X.

Depuis deux ans formation de croûtelles et début de bourgeonnement des cicatrices.

Etat actuel (14 juin 1927). — Epithélioma fongueux et proliférant de tout le nez et de la partie contiguë de la joue gauche.

Biopsie : épithélioma pavimenteux lobulé, spino-cellulaire œdémateux. Peu de mitoses. Stroma très infiltré de leucocytes.

Traitement curiethérapique (18 juin 1927) :

9 aiguilles de 2 mmgrs pendant 4 jours.
9 aiguilles de 1 mmgr. pendant 4 jours.
Dose totale : 21,04 M. C. D.

19 *août* 1927. — Grande amélioration mais persistance de fongosités dans l'angle oculo-nasal et d'un petit nodule suspect vers la crête nasale.

Reprise du *traitement curiethérapique* :
3 aiguilles de 1 mmgr. pendant 3 jours.
1 tube de 3 mmgr. pendant 2 jours.
Dose totale : 2,19 M. C. D.

9 *mars* 1928. — Cicatrisation complète, sans aucune trace d'épithélioma.

25 *janvier* 1930. — Le bon état se maintient.

6 *juin* 1930. — Contre la face gauche de la cloison nasale quelques minimes granulations d'aspect peut-être épithéliomateux. Sur les joues droite et gauche, en avant de l'oreille gauche sur la région temporale droite, quelques petites ulcérations d'aspect simplement lupique sans épithélioma.

Traitement curiethérapique :
1 cellule de 1,33 mmgr. Raël. sur la cloison nasale, pendant 41 heures;
1 cellule à la périphérie des zones lupiques laissée en place 24 heures.
Dose totale : 2,82 M. C. D.

9 *janvier* 1933. — La malade donne de ses nouvelles par lettre : très grande amélioration du lupus, pas de points bourgeonnants.

Observation XXII

Lupus du nez. Epithélioma surlupique.
Radium. Echec. Mort.

Mme L..., 47 ans.

Antécédents. — Lupus en 1909, d'abord intranasal gagnant la face cutanée du nez en 1916, traité par cautérisation, applications d'air chaud, puis rayons X.

Nouvelle récidive, il y a un an traitée par piqûres intra-veineuses, puis après biopsie, la malade est adressée au centre.

Etat actuel (5 janvier 1928). — Disparition du lobule nasal ; les fosses nasales sont directement ouvertes au centre du visage dans un amas putride de tissus nécrosés, et bordés d'un bourrelet induré rouge, qui, à droite, prend toute la moitié interne de la paupière inférieure, mais à gauche ne dépasse pas le sillon nasogénien. A droite, l'ulcération va jusqu'à l'apophyse malaire.

Biopsie : épithélioma pavimenteux lobulé spino-cellulaire à globes épidermiques. Très peu de mitoses. Réactions lymphocytaires ; plasmocytes et éosinophiles nombreux.

Traitement curiethérapique (7 janvier 1928) :

3 aiguilles de 1 mmgr. Ra. él. dans le bourrelet pendant 4 jours ;

6 tubes de 3 mmgrs. sur appareil de cire pendant 10 jours.

Dose totale : 40,36 M. C. D.

21 *mars* 1928. — Reprise du traitement curiethérapique :

4 tubes de 3 mmgrs. sur plaque de 1 cm. d'épaisseur de mousse de caoutchouc. Dose totale : 14,95 M. C. D.

3 *mai* 1928. — Commencement de cicatrisation à la partie inférieure de l'ulcération, extension en haut vers l'angle interne de l'œil droit. Fongosités de la muqueuse gingivale vers la canine supérieure droite.

La malade refuse toute tentative de traitement.

Décès le 18 *septembre* 1928.

Observation XXIII

Lupus du nez. Epithélioma. Curiethérapie. Echec. Mort.

Mme W..., 34 ans.

Antécédents. — Lupus ayant débuté à l'âge de 14 ans. Rayons X, puis traitement électrique en 1925.

Traitement anti-syphilitique. (Syphilis contractée pendant la guerre).

Curetage de la lésion en 1927. Ignipunctures, puis rayons U. V. en 1928.

Etat actuel (3 novembre 1928). — Ulcération du lobule et des ailes du nez remontant même à 10 ou 15 millimètres plus haut que la limite supérieure de celles-ci.

Petit « coup de hache » à la limite supérieure du lobule.

Biopsie : épithélioma pavimenteux baso-cellulaire infiltré dans un tissu de cicatrice. Peu de mitoses. A la périphérie quelques formations folliculaires avec cellules géantes.

Traitement curiethérapique (18 novembre 1928) :

6 tubes de 3 mmgrs. Ra. él. sur appareil de cire pendant 8 jours. Dose totale : 31,48 M. C. D.

12 *janvier* 1929. — Disparition de tout tissu néoplasique.

24 *janvier* 1929. — Deux petits nodules, début de récidive (taille de tête d'épingle).

Reprise du traitement curiethérapique :

3 aiguilles de 1 mmgr. de Ra. él. pendant 5 jours.

Dose totale : 2,7 M. C. D.

5 *mars* 1929. — Bourrelet d'épidermisation, mais suppuration encore abondante. Cautérisation au nitrate d'argent.

7 *mai* 1929. — Petite récidive sur l'aile gauche du nez. Ulcération de la taille d'un pois.

Reprise du traitement curiethérapique :

2 aiguilles de 1 mmgr. pendant 2 jours.

Dose totale : 0,12 M. C. D.

24 *août* 1929. — L'ulcération de l'aile gauche du nez s'est agrandie.

Décès survenu le 6 octobre 1929.

Observation XXIV

Lupus de la joue gauche. Epithélioma. Curiethérapie. Guérison de l'épithélioma.

Mme M..., 56 ans.

Antécédents. — Lésion d'aspect lupoïde de la joue gauche à l'âge de 14 ans, traitée par divers emplâtres. Depuis 1920 un petit point ne se cicatrise pas. Pas de traitement.

Etat actuel (5 avril 1932). — Toute la partie inférieure de la joue gauche est recouverte d'un tissu cicatriciel rouge et fin. Il existe 3 petites ulcérations recouvertes de croûtelles de la taille de grosses lentilles.

Biopsie : Prolifération d'aspect épithéliomateux en surface avec travées pénétrant dans la profondeur. Spinocellulaire avec peu de mitoses. Derme infiltré d'éléments serrés épithélioïdes avec quelques cellules géantes.

Traitement curiethérapique (19 avril 1932) :

2 tubes de 10 mmgr. Ra. él. sur appareil de cire. Pendant 10 jours. Dose 36,75 M. C. D..

23 *juin* 1932. — Disparition de tout tissu néoplasique mais extension périphérique des lésions lupiques.

29 *juillet* 1932. — La malade est adressée à la clinique de Dermatologie pour traitement de lupus.

Observation XXV

Lupus du nez, de la joue gauche et du cou. Epithélioma de la joue droite. Curiethérapie. Grosse amélioration.

Mme P..., 64 ans.

Antécédents. — Lupus du nez, de la joue droite et de la face latérale droite du cou ayant débuté avant 1914.

En 1931, bourgeonnement d'une surface d'une pièce

de 2 francs. La malade refuse le traitement curiethérapique.

Depuis juin 1932, la lésion commence à s'étendre.

Etat actuel (23 mars 1933). — Sur la joue droite surface nodulaire squirrheuse avec bourrelet induré tout autour, s'étendant sur 5 centimètres de largeur et 6 1/2 de hauteur.

Biopsie : Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire à globes cornés, très infiltrant. Mitoses assez nombreuses. Peu de stroma-réaction, de type inflammatoire.

Traitement curiethérapique (1er avril 1933) :

5 tubes de 10 mmgr. pendant 10 jours.

1 tube de 10 mmgr. pendant 4 jours sur appareil de cire 3 cm. d'épaisseur.

Dose totale 98,25 M .C. D.

27 *mai* 1933 : Il persiste une petite ulcération triangulaire de 2 cm. de côté, sans bourrelet, ayant tendance à se cicatriser.

IV. — Observations recueillies à l'Institut portugais d'oncologie de Lisbonne (1).

Observation XXVI

Lupus du nez. Epithélioma. Curiethérapie et Rœntgenthérapie. Amélioration. Récidive.

Mme P. C..., 45 ans.

Antécédents. — Depuis 1919, petits nodules lupiques à l'entrée du nez, s'étant aussi propagé un peu au-dessus de l'aile gauche. Finsenthérapie en ville. Une

---

(1) Ces observations ont été communiquées par « l'Instituto Portugues d'Oncologia ». Nous exprimons à M. le professeur Gentil nos sentiments de gratitude.

partie de la lésion s'est cicatrisée, mais il persiste une ulcération au-dessus de l'aile gauche du nez depuis quatre ans, sans modification .

Etat actuel (9 septembre 1930). — La malade est envoyée à l'Institut Portugais d'Oncologie par son médecin traitant qui craignait une dégénérescence cancéreuse. Elle présentait alors, à l'extrémité du nez, une zone de cicatrisation à surface légèrement nodulaire et dure; on voyait aussi, au-dessus de l'aile gauche du nez, envahissant une partie de l'aile, une ulcération ayant un centimètre de diamètre, un peu profonde, de fond rouge et saignant.

Biopsie : carcinome baso-cellulaire.

Traitement curiethérapique : moulage en pâte Columbia, 5 tubes de 6,66 mmgr. Ra. él. 6 mcd., filtre 1/2 Pt, 24 heures. Cicatrisation.

Récidive le 5-9-32, à l'extrémité du nez, sur l'ancienne cicatrice du lupus.

Insulinothérapie sensibilisatrice et roentgenthérapie (1.500 r. en doses fractionnées de 100 r. et à 50 cent n. filtre de 1/2 mil. Cu., volt 125 KV,int. 4 mA).

Cicatrisation de l'ulcération à l'extrémité du nez. Mais l'ulcération s'est reproduite à l'aile gauche ; on continue l'insulinothérapie ; l'aile gauche a été détruite. Pas d'ulcération cutanée, mais la néoplasie envahit maintenant la muqueuse du nez.

Observation XXVII

Lupus vulgaire de la peau et du nez. Epithélioma. Rœntgenthérapie. Amélioration. Mort.

Mme A..., 31 ans.

Antécédents. — Lésions de lupus vulgaire de la région génienne gauche depuis 1925; les lésions ont envahi peu à peu la paupière inférieure et le dos du nez.

Traitement divers avec pommades, thermocautère, rayons X. Cicatrisation de l'ulcération excepté une partie de l'aile gauche du nez.

Devenue suspecte d'avoir une ulcération néoplasique, la malade fut envoyée à l'Institut Portugais d'Oncologie, le 5 septembre 1931.

Biopsie : carcinome baso-cellulaire.

Traitement roentgenthérapique. — Première série le 5 septembre ; deuxième série le 6 novembre ; troisième série le 10 septembre 1931 ; quatrième série le 1er septembre 1932. Chaque série dans les conditions suivan

tes : 1.200 r. à 50 cent., filtre de 1/2 mil. Cu, voltage 155 KV, int. 4 mA.

Ce traitement a été purement palliatif parce que l'état scléreux de la peau et l'étendue des lésions ne permettaient pas une action plus intensive d'emblée. Il y a eu toutefois une notable amélioration.

Le 11 septembre 1933, le malade revient dans un état qui ne permet pas de traitement quel qu'il soit, sauf des pansements antiseptiques ; la néoplasie détruit les paupières, le globe aculaire et envahit l'orbite.

Décès quelques temps après.

Observation XXVIII

Lupus du nez. Epithélioma. Exérèse au bistouri électrique. Guérison.

M. A. R. S..., 37 ans.

Antécédents. — Lupus nasal vers les 7 ans, avec des-

truction du septum. Cicatrisation avec finsenthérapie ; nez en selle.

A 30 ans, il apparut sur le dos du nez du malade une ulcération qui, traitée en ville, cicatrisa presque complètement, excepté au centre.

Etat actuel. — Envoyé à l'Institut Portugais d'Oncologie le 11-9-32. Le malade portait une ulcération circulaire d'un centimètre de diamètre à fond saignant, au milieu d'une région anciennement cicatrisée dont la peau était atrophiée et blanchâtre.

Biopsie : carcinome baso-cellulaire.

Traitement. — Essai de traitement hypoglycémiant par l'application locale de doses variables de morphine et cicatrisation partielle.

Le 5-9-32, extirpation avec le bistouri diathermique.

Guérison qui se maintient.

V. — Observation du Dr Degrais (1).

Observation XXIX

Lupus du nez, des joues et de la face. Epithélioma aile droite et pointe du nez. Curiethérapie du lupus et de l'épithélioma. Guérison.

Mme L..., 45 ans.

Antécédents. — Lupus du nez ; début il y a 30 ans. Traitée à Saint-Louis par scarifications.

A l'heure actuelle, la malade présente de nombreux points lupiques disséminés sur les joues, le sourcil droit, la racine du nez, le front. Elle présente en outre une vaste ulcération de la face externe de la narine droite

---

(1) Nous devons cette belle observation au docteur Degrais que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici.

sur laquelle il est facile, cliniquement, de porter le diagnostic de dégénérescence épithéliomateuse. Pas de ganglions.

Biopsie : épithélioma pavimenteux spino-cellulaire avec kératinisation moyenne. Monstruosités nucléaires. Mitoses nombreuses. Pas de signes de tuberculose dans le stroma. « Herrenschmidt ».

Traitement (1er juin 1931) :

1° *Néoplasie.* — Appareil pâte Columbia de 1 centimètre et demi d'épaisseur, de surface totale débordant de un demi centimètre dans tous les sens des limites de la lésion. Sur la pâte, 5 tubes de platine de 1 millimètre d'épaisseur contenant chacun dix milligrammes de Ra, engainés dans une gaine d'or platiné, équivalence 1 mm. platine.

Durée de l'application : 4 jours.

Trois jours après, le nez était en parfait état.

2° *Lupus.* — Le traitement est fait avec des appareils à vernis radifère contenant 2 mmgrs. de Ra par centimètre carré. Ces appareils sont filtrés par 2/10 mm.

P. B. comme filtrage primaire et par 3mm. de gaze comme filtrage secondaire.

La durée de l'application est de trois heures.

Les applications ont été répétées aux dates suivantes : 5 septembre 1931 ; 3 novembre 1931 ; 21 décembre 1931 ; 2 février 1932 ; 18 mars 1932 ; 6 juin 1932.

A l'heure actuelle, cicatrisation des lésions lupiques.

CHAPITRE II

Etiologie

I. — Fréquence.

On doit étudier la fréquence du cancer surlupique par rapport au nombre de lupus et par rapport au nombre de cancers cutanés.

Par rapport au lupus, nous ne pouvons pas donner une statistique personnelle. Au Centre anti-cancéreux de Toulouse, nous ne voyons pas les lupus qui sont traités dans les services de dermatologie ou par les dermatologues en ville. En consultant les différents auteurs, on constate que 3 à 5 % (Darier, Louste, Buschke) et 15 ‰ (Leloir) des lupus dégénèrent ce qui montre que le cancer surlupique est loin d'être exceptionnel. Notre Maître le Professeur Audry pense que cette dégénérescence se voit au moins dans 4 % des cas des vieux lupus lorsque les malades ne meurent pas de tuberculose ou de maladies intercurrentes.

Par rapport au cancer cutané, voici les chiffres du Centre anti-cancéreux de Toulouse.

Nous avons pu réunir neuf observations de cancer surlupique sur 1.000 cancers cutanés, soit 0,90 %.

II. — Conditions et causes prédisposantes.

1° Rapport avec l'âge et le sexe. — L'âge d'apparition de l'épithélioma surlupique est en général inférieur à celui de l'épithélioma primitif de la face. D'après toutes les observations que nous présentons, l'âge moyen des malades traités pour épithélioma surlupique est de 53 ans. Au C. A. T. l'âge moyen de l'épithélioma primitif est de 65 ans.

Il est classique de dire que le cancer surlupique est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Ceci peut s'expliquer assez facilement car le lupus frappe plus souvent la femme que l'homme. Dans notre statistique personnelle, sur 29 observations nous trouvons 5 hommes et 24 femmes.

D'après R. Volk, au contraire, l'épithélioma surlupique est plus fréquent chez l'homme que chez la femme malgré la plus grande fréquence de lupus chez elle. Il lui semble cependant que l'épithélioma devient maintenant plus fréquent chez la femme. Voici quelques chiffres cités par R. Volk : Reisner, 53 femmes pour 37 hommes, tandis que Selberstein avait trouvé 55,1 % d'hommes pour 44,9 % de femmes; Ashihara 64,7 % d'hommes pour 35,3 % de femmes.

2° Rapport avec la forme de lupus. — L'épithélioma peut compliquer un lupus vulgaire ou un lupus érythémateux; c'est ce dernier qui dégénère le moins souvent. Buschke déclare que l'épithélioma surlupique est lui-même peu fréquent et le lupus érythémateux rarement dégénéré; dans sa longue pratique il n'en a vu qu'un cas.

Cependant le cancer sur lupus érythémateux n'est pas exceptionnel puisqu'on en connaît, à l'heure actuelle plus de 80 observations.

Dans notre statistique, pour 29 observations, nous avons un cas d'épithélioma sur lupus érythémateux.

3° Rapport avec l'age du lupus. — L'épithélioma vient compliquer un lupus datant de plusieurs années. C'est, en moyenne, 30 ans pour Desbonnets, 40 ans pour Hallopeau et Leredde après le début du lupus, que l'épithélioma fait son apparition.

Dans nos observations personnelles, il semble que l'épithélioma soit apparu plus précocement, puisque quatre fois le cancer est survenu moins de 20 ans après le début du lupus. Cependant l'opinion de notre Maître le Professeur Audry est que l'épithélioma se développe en général sur des lupus anciens et que cette complication est « la fin des vieux lupiques ». Dans les autres observations, nous notons : 13 cas avant 35 ans, 7 cas après 40 ans.

4° Rapport avec la thérapeutique. — Les dif-

férentes thérapeutiques subies par le lupus ont été accusées de favoriser la transformation maligne. Nous verrons quand nous étudierons la pathogénie, ce que pensent les différents auteurs à ce sujet, et nous donnerons le pourcentage des cas de lupus ayant subi une longue thérapeutique avant l'apparition du cancer.

III. — Conditions de localisation de l'épithélioma sur le lupus.

Nous faisons abstraction de toutes les données d'ordre général relatives au rôle joué par l'âge, le sexe, l'hérédité, la profession pour ne préciser que les conditions qui interviennent pour localiser la néoplasie au niveau du lupus.

On peut expliquer cette coexistence de trois manières : la combinaison des deux affections est purement accidentelle ; le lupus lui-même peut déterminer la formation maligne, soit en tant que lésions précancéreuses, soit en tant que cicatrice; les traitements de la plaque lupique provoquent le cancer.

Nous allons passer successivement en revue les divers arguments que l'on peut soutenir à l'appui de chacune de ces thèses.

1° Coexistence fortuite. — Etant donné l'extrême fréquence de l'épithélioma de la face, on ne peut pas rejeter d'emblée la possibilité d'une com-

binaison accidentelle entre le cancer et le lupus. Mais cette thèse a contre elle de nombreux arguments :

l'âge d'éclosion du cancer surlupique est sensiblement inférieur à celui des cancers primitifs,

l'apparition habituelle du cancer se fait sur la plus ancienne plaque lupique,

lorsque les cancers sont multiples, leur localisation constante se fait sur des foyers lupiques,

la structure du cancer est presque constamment spino-cellulaire.

2° Role du lupus lui-meme.

A) En tant que lésion inflammatoire chronique. Certains auteurs comme Keutzer (Derm. Zeit. 1925 Bd. 42, p. 38) admettent que les lésions du lupus suffisent à elles seules pour provoquer l'apparition du cancer.

Ces auteurs disent que les altérations pathologiques profondes que provoque le lupus au niveau de la peau et de ses annexes rendent toute naturelle la transformation maligne et Dujardin (La Policlinique n° 14-15, juillet 1909, p. 216) va même jusqu'à écrire :

« Il est fréquent de voir, tant à la peau qu'aux « muqueuses, de vieilles lésions irritatives dégé- « nérées en épithéliomas par un mécanisme bien « simple : des proliférations irrégulières de l'é- « pithélium viennent s'engager et s'encastrer « dans le derme lui-même en réaction et ces

« *globes épidermiques* deviennent le point de « départ d'une prolifération épithéliomateuse ».

D'après Buschke, le carcinome sur lupus vulgaire naîtrait « spontanément » aux dépens de pullulations épithéliales qui sont très fréquentes dans cette affection.

Quelle que soit la cause de cette prolifération épithéliale, il est indiscutable qu'elle peut se déclancher à la suite d'irritations prolongées qui ne sont pas nécessairement d'origine exogène. Par sa chronicité, par ses lésions et les altérations de structure qu'il détermine le lupus entre dans cette catégorie d'irritations prolongées.

B) En tant que cicatrice. — Nous savons que parmi les différentes causes qui prédisposent au développement de l'épithélioma, on attribue une très grande importance aux cicatrices.

L'épithélioma des cicatrices est bien connu. Il survient de préférence si elles sont anciennes, étendues, profondes, vicieuses.

Le lupus par sa régression cicatricielle répond particulièrement bien à plusieurs de ces conditions. Le néoplasme apparaît comme une manifestation spontanée de la tendance du tissu nodulaire à subir, en raison de sa structure même, la dégénérescence épithéliale. On est donc en droit de dire que le lupus peut se compliquer de cancer sous l'influence de sa régression cicatricielle. Buschke pense que le départ de l'épithélioma peut se faire au dépens d'inclusions épithé-

liales comprises dans les cicatrices comme il en existe dans le lupus lui-même.

3° Influence des traitements locaux du lupus. — Le traitement antérieur, a sans doute un rôle dans le développement de l'épithélioma surlupique. Plus le lupus sera vite guéri, moins il y aura de chances pour la formation ultérieure de l'épithélioma. Il faut croire que les interventions fréquentes, telles que les cautérisations au nitrate d'argent, l'application de caustiques chimiques, etc... puis l'absence de tout traitement, la formation de cicatrices dures mais pouvant être partiellement remaniées par le lupus peuvent augmenter la prédisposition à la dégénérescence cancéreuse des tissus.

Les radiations, et en particulier la roentgenthérapie ont été accusées d'être la cause de dégénérescence maligne.

Dans les 29 observations que nous publions, huit malades seulement n'avaient reçu aucun traitement avant l'éclosion de l'épithélioma. Dix malades avaient été traités antérieurement par R. X seuls ou associés à des séances d'ignipuncture, de scarifications, des applications de pommades ou par photothérapie et onze avaient subi des ignipunctures, des scarifications, des applications de pommades ou des rayons U. V. En résumé 70 % environ de cas d'épithéliomas surlupiques que nous présentons sont apparus après un traitement actif du lupus.

Voici l'avis de plusieurs auteurs sur les rapports entre la thérapeutique du lupus et l'apparition du cancer.

Louste, dans son article « Lupus et Cancer » (*Médecine Paris*, 1923-24) écrit ce qui suit : « Nous avons suivi depuis 20 ans la thérapeutique par les rayons X, nous l'avons appliquée à l'hôpital Saint-Louis dès l'année 1903 et sincèrement nous ne pensons pas l'incriminer spécialement. Cependant, au même titre que les irritations et exulcérations répétées et insuffisantes, il est possible qu'elle intervienne, mais nous pensons que c'est plutôt la technique employée qu'il faut incriminer ».

Degrais est plus affirmatif sur le rôle négatif de la thérapeutique du lupus dans l'apparition du cancer et déclare pour la malade correspondant à l'observation n° XXIX : « Cette malade n'ayant jamais été traitée par les R. X., on ne peut trouver dans ceux-ci, comme certains l'ont voulu, la cause de la dégénérescence ».

Buschke pense que c'est surtout le lupus lui-même qui est à l'origine du cancer plutôt que le traitement, bien que ce dernier puisse jouer un rôle étiologique. Cependant, en considérant que presque chaque cas de lupus est traité d'une façon plus ou moins intensive, mais que l'épithélioma surlupique est quand même rare, il pense « que le traitement du lupus ne joue pas à coup sûr un rôle décisif dans l'apparition de l'épithélioma

quoiqu'il puisse peut-être favoriser sa naissance ».

R. Volk déclare que les irritations thérapeutiques provoquées par les agents chimiques (caustiques) et les agents physiques (R. X, Radium et ses dérivés) employés « à doses excessives ou à doses faibles mais répétées », interviennent dans une large mesure dans la production du cancer surlupique.

Au sujet du rôle du lupus sur l'apparition du cancer nous croyons donc pouvoir écrire : le lupus peut favoriser l'apparition d'un épithélioma soit par les inclusions épithéliales qu'il renferme, soit par l'irritation chronique qu'il crée *in situ*, soit par sa régression cicatricielle, soit par les thérapeutiques qu'il necessite, soit par la combinaison de ces différents facteurs.

Quant aux accusations portées contre la radiothérapie ayant été employée dans le traitement du lupus, notre Maître y croit, mais il pense que les griefs sont exagérés et accepte avec Belot et R. Volk, qu'il faut surtout faire jouer un rôle important aux techniques défectueuses.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

I. — Siège.

L'épithélioma surlupique se rencontre presque toujours sur la face, quelques rares fois sur les autres parties du corps et jamais sur le dos des doigts et des mains (Durand) qui est cependant un lieu d'élection du lupus. Il débute habituellement sur le plus ancien foyer lupique ou sur la plaque centrale d'un lupus en activité.

Le siège de l'épithélioma surlupique, dans les 29 cas que nous publions, se trouve : 13 fois sur les joues, 10 fois sur le nez, 3 fois sur les lèvres, 1 fois sur le cou, 1 fois dans la région sous-mentonnière, 1 fois dans la région sous-maxillaire. Tous les auteurs, Morestin, Desbonnets, Bargnes, Louste, etc..., signalent des localisations semblables aux nôtres.

II. — Caractères macroscopiques.

Dans notre étude étiologique nous avons précisé

que l'épithélioma apparaît d'une manière presque exclusive sur un lupus cicatrisé. Nous choisissons comme type de description un épithélioma prenant naissance sur des cicatrices d'un ancien lupus siégeant au niveau de la région massétérine.

Son début passe le plus souvent inaperçu. Comme le font remarquer les auteurs (WANDER), nous avons affaire à des malades atteints depuis des années par une dermatose plus ou moins mutilante. Habitués à leur disgrâce, ils ne se soucient guère du « petit bouton », du papillome, du simple nodule, de la banale verrucosité qui seront le point de départ de la transformation maligne.

Les lésions une fois constituées, l'épithélioma se présente sous forme de petite tumeur légèrement surélevée qui augmente progressivement de volume.

Cette tumeur, aplatie en forme de gâteau, a une surface lisse, brillante, rosée ou violacée sur certains points, traversée par quelques vaisseaux, revêtue d'un épiderme mince, inégalement bosselée, et dépassant de quelques millimètres le niveau de la peau.

Puis la tumeur s'ulcère. Elle se caractérise alors par des bords nettement arrêtés, durs, surélevés de plusieurs millimètres, d'une dureté cartilagineuse, circonscrivant une ulcération irrégulièrement bourgeonnante et sécrétant un liquide sanieux, qui forme une croûte. Cette dernière recouvre l'ulcération à laquelle elle adhère au ni-

veau des bords seulement. Sous la partie centrale il existe quelques gouttes de pus. Les croûtes enlevées, l'ulcération saigne facilement; elle est le plus souvent douloureuse.

Les autres formes, verruqueuses, ulcérantes, végétantes, ulcéro-végétantes seront envisagées plus loin.

Disons quelques mots sur la peau de voisinage. Il s'agit d'une peau cicatricielle puisque le lupus est habituellement guéri. Elle est plus ou moins pâle, quelquefois blanchâtre, mal vascularisée, parfois épaissie, chéloïdienne par places, mais parfois aussi particulièrement mince, sans vitalité. Dans la majorité des cas, elle desquame d'une façon anormale. Les modifications que nous venons de signaler peuvent, dans une certaine mesure expliquer les échecs de la thérapeutique par les radiations.

III. — Caractères microscopiques.

Le type histologique du cancer est assez rarement stipulé dans les observations anciennes. Parmi les cas étudiés aussi bien en France qu'à l'étranger, on trouve quelques types baso-cellulaires, mais la variété spino-cellulaire semble de beaucoup la plus fréquente. R. Volk déclare que chez un même malade les deux formes spino-cellulaire et baso-cellulaire peuvent coexister. Dans nos 29 observations nous trouvons 5 épithéliomas

baso-cellulaires (Obs. nos : I, XXIII, XXVI, XXVII XXVIII). Cette série est exceptionnelle et peut-être s'agissait-il d'épithéliomas mixtes dont seules les parties baso-cellulaires ont été intéressées par les coupes.

Des coupes faites sur tous les points de la tumeur permettent de constater nettement l'association du lupus et de l'épithélioma. Certaines coupes sont caractéristiques du substratum des ulcérations lupiques. D'autres coupes montrent un tissu dense, feutré, constitué par des éléments cicatrisés ordinaires. Enfin, en certains points on rencontre des sortes de globes, de nids épithéliaux, provenant des glandes sébacées et sudoripares, dont la destruction des conduits a amené la rétention.

La structure de l'épithélioma ne présente rien de bien particulier. On y trouve de grandes travées de cellules épithéliales reliées entre elles par des filaments d'union; ces boyaux cellulaires s'enfoncent plus ou moins dans le derme et parfois on y distingue les globes cornes caractéristiques.

Le stroma du carcinome est généralement pauvre, peu abondant, fibreux ou inflammatoire. On y peut voir une infiltration leucocytaire parfois intense dont la présence s'explique par une infection de surface.

A côté des épithéliomas spino-cellulaires qui représentent la très grande majorité des épithéliomas surlupiques, R. Volk cite encore, d'après Hellmann, un cas de nævo-carcinome.

IV. — Evolution anatomo-pathologique.

1° Extension locale. — L'ulcération continue à faire des progrès en surface et en profondeur et la perte de substance allant toujours grandissant, peut infiltrer les muscles, les os et les cartilages. C'est ainsi qu'à la face le cancer atteint et peut détruire les paupières, le nez, les oreilles et pénétrer en profondeur dans le squelette. Cette étape d'atteinte des muqueuses, des orifices naturels et des os est important à signaler; elle change immédiatement comme on le verra le pronostic et la thérapeutique.

2° Extension ganglionnaire. — En ce qui concerne l'envahissement ganglionnaire, les opinions des auteurs sont très diverses. Etant donné que ces épithéliomas surlupiques sont presque toujours spino-cellulaires, on pourrait s'attendre à assister d'une manière assez précoce (pour un cancer de la face) à l'invasion successive des ganglions voisins qui sont les ganglions pré-auriculaires, sous-mentonniers, sous-maxillaires, carotidiens. En réalité, il n'en est pas toujours ainsi.

Certains auteurs (Desbonnets) déclarent que ces ganglions sont souvent envahis. D'autres, (Degrais, Coste), au contraire, disent que l'envahissement ganglionnaire est exceptionnel. A notre avis, il paraît certain que le retentissement ganglionnaire est moins fréquent dans l'épithélioma spino-cellulaire

surlupique que dans l'épithélioma spino-cellulaire primitif. Mais nous affirmons pour l'avoir constaté plusieurs fois, que ce retentissement existe. Nous avons vu d'ailleurs des épithéliomas spino-cellulaires primitif de la peau retentir tardivement sur les ganglions. Dans nos observations, nous avons constaté l'envahissement ganglionnaire 4 fois (Obs. nos III, VII, XV, XVIII) sur 29. Degrais donne une explication à cette rareté de l'invasion ganglionnaire dans le cancer qui nous intéresse. « Dans tout lupus, les voies lymphatiques sont en général envahies par le processus tuberculeux. Ce processus guérissant par sclérose obstrue les voies lymphatiques et s'oppose ainsi à l'invasion néoplasique ».

Cette explication nous paraît séduisante et nous l'adoptons volontiers pour expliquer la rareté de l'invasion ganglionnaire. Il faut encore penser que les R. X. peuvent jouer un rôle important dans la production de la sclérose lymphatique.

D'après Buschke, l'épithélioma surlupique fait relativement peu de métastases ganglionnaires. Il ne pense pas que l'on ait la preuve que la rareté de ces métastases dépende de la tuberculose ayant préalablement frappé les ganglions ; il s'agit plutôt d'une propriété du cancer surlupique.

3° Généralisation. — La généralisation de l'épithélioma surlupique est exceptionnelle. Nous ne l'avons jamais observée et nous n'en avons pas trouvé d'observation dans la littérature.

CHAPITRE IV

Etude Clinique

On peut distinguer des formes étiologiques et des formes anatomiques, d'après le siège, et d'après l'aspect. Ces dernières sont à peu près les mêmes que celles des épithéliomas ordinaires; le lupus les modifie peu : forme verruqueuse, forme ulcérante, forme végétante, forme ulcéro-végétante.

I. — Formes étiologiques

1° Cancer sur lupus en évolution. — Cette forme est très rare. En général, lorsque l'épithélioma apparaît, le processus tuberculeux semble arrêté depuis longtemps. Pourtant, les dermatologistes déclarent que le lupus, même le plus ancien, renferme toujours quelques nodules en évolution et en réalité nous trouvons quelques cas ou, en certains points, le lupus évoluait nettement (Obs. nos V, VII, XI, XII, XVI).

2° Cancer sur lupus éteint. — Cette forme est

de beaucoup la plus fréquente. L'épithélioma se montre presque exclusivement sur des régions lupiques cicatrisées depuis longtemps. Les cicatrices lupiques sont le point de départ de la pullulation néoplasique.

3° Cancer sur lupus vulgaire. — C'est celui que nous avons pris comme type de description au chapitre de l'anatomie pathologique.

4° Cancer sur lupus érythémateux. — L'apparition d'un cancer sur un lupus érythémateux est plus rare que sur le lupus vulgaire : 80 cas sont signalés par P. Durand (Thèse Paris, 1929); un cas sur nos observations. Buschke déclare n'en avoir vu qu'un seul cas dans toute sa carrière. R. Volk dit que depuis l'application des R. X. au traitement du lupus érythémateux les observations d'épithéliomas sur lupus érythémateux, d'exceptionnelles qu'elles étaient, se font beaucoup moins rares. Au contraire de ce qui se passe pour le lupus vulgaire, le lupus érythémateux se voit plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Au point de vue du siège de début, tout se passe comme sur le lupus vulgaire. C'est-à-dire que le cancer se développe soit sur un lupus complètement cicatrisé, soit sur la plaque centrale cicatricielle d'un lupus en activité, soit sur un lupus évoluant en tous ses points.

La formule histologique est la même que dans l'épithélioma sur lupus vulgaire, il s'agit presque toujours du type spino-cellulaire, bien que l'on

ait publié quelques cas d'épithéliomas baso-cellulaires. Mais l'on peut se demander si ces cas appartiennent au lupus érythémateux (Buschke). Les ganglions régionaux sont parfois envahis.

II. — Formes anatomiques.

1° D'après l'aspect.

A. *Forme verruqueuse.* — L'épithélioma revêt l'aspect d'une plaque verruqueuse superficielle saignant facilement, formée de croûtes très adhérentes et d'une ulcération sous-jacente à fond mamelonné, limité par des bords saillants, cornés et extrêmement durs. L'infiltration y est légère et la tumeur reste mobile sur les plans profonds (Louste, Durand). Cette forme est excessivement rare ; nous n'avons pas pu en citer d'observation dans notre travail.

B. *Forme végétante.* — La néoplasie prend ici l'aspect d'un véritable chou-fleur, mou, humide, rose ou rouge, très vasculaire, indolore, très surélevé par rapport aux surfaces voisines dont elle se détache nettement. Elle donne lieu à une sécrétion assez abondante et infecte. Les bords sont arrondis. La base est dure et infiltre plus ou moins les tissus sous-jacents.

Dans les 29 observations que nous publions nous l'avons trouvée 6 fois (Obs. n^{os} V, XI XIII XVII, XXV, XIX).

C. *Forme ulcérante.* — L'ulcération commence à suppurer ou plutôt à sécréter un liquide séro-purulent et la tumeur prend un développement plus rapide, sa surface est rouge, irrégulière, elle saigne au moindre contact, elle se recouvre de croûtes formées par le liquide desséché que sécrète l'ulcère et qui répand une odeur infecte. Le fond de l'ulcération peut se creuser sans bourgeonner.

Les bords sont saillants, durs, éversés, parfois ils sont affaissés, moins indurés, de niveau avec les parties voisines. La base est toujours plus ou moins infiltrée.

Nous signalons 10 cas de cancer surlupique à forme ulcérante (Obs. n^{os} II, VII, X, XVI, XIX, XX, XXII, XXIII, XXVII, XXIX).

D. *Forme ulcéro-végétante.* — Ces épithéliomas présentent l'aspect des formes bourgeonnantes avec en plus une infiltration du tissu péri-ulcéreux et un retentissement ganglionnaire précoce (Observ. n° XIII).

2° D'après le siège.

A. *Epithélioma surlupique de la face.* — A côté du lupus que nous avons décrit au niveau de la joue, certains épithéliomas présentent un intérêt particulier du fait de leur localisation.

La lésion cancéreuse apparaît au niveau des *paupières* et envahit progressivement le cartilage,

les conjonctives, les voies lacrymales, la glande lacrymale, le globe oculaire et finalement l'os.

L'épithélioma peut siéger au niveau du *voisinage du nez* (sillon naso-génien) et provoquer rapidement de larges pertes de substance, le cartilage de l'aile du nez mis à nu s'infecte, se laisse envahir et bientôt est détruit ; l'infiltration néoplasique gagne le maxillaire supérieur.

Le cancer peut siéger sur le *bord narinaire*, à la *face interne de l'aile du nez* ou au niveau de la *cloison* qu'il ulcère et perfore ; il envahit ensuite la narine opposée obstruant ainsi les deux fosses nasales. Le cancer s'étend alors vers l'intérieur de ces cavités.

La tumeur peut enfin siéger au *voisinage immédiat de l'oreille* et envahir tout le *pavillon* et le *lobule ;* elle peut s'étendre au conduit auditif et à l'oreille moyenne, aux os de la face, à l'articulation temporo-maxillaire, à l'apophyse mastoïde, aux os de la base du crâne.

Ces différentes localisations poseront des problèmes particuliers en ce qui concerne la thérapeutique.

B. *Epithélioma surlupique des autres parties du corps.* — Le lupus pouvant siéger en dehors de la face, on peut observer la dégénérescence épithéliomateuse en un point quelconque des téguments. Rappelons en particulier la possibilité d'un épithélioma surlupique, au niveau du tronc.

CHAPITRE V

Evolution et Pronostic

En règle générale, la marche des épithéliomas greffés sur le lupus paraît plus rapide que celle des épithéliomas primitifs. « On pourrait se demander si la néoformation épithéliale ne trouve pas dans le tissu lupeux un *locus minoris resistantiæ* qui favoriserait son développement ou, du moins, qui n'y opposerait aucune barrière. » (Desbonnet).

Les ganglions, bien que les épithéliomas soient du type spino-cellulaire, paraissent moins souvent atteints que dans l'épithélioma primitif de la face et arrivent rarement à l'ulcération. R. Volk déclare que l'épithélioma surlupique est à peine plus malin que l'épithélioma habituel. Il lui semble même que les métastases sont plus tardives dans l'épithélioma surlupique, mais il considère que les derniers ont une tendance plus vive à l'extension locale et à la nécrose.

La mort survient le plus souvent sans généralisation. Le malade meurt des suites de l'infection

des cavités voisines, d'hémorragies abondantes et répétées, d'une affection intercurrente comme la broncho-pneumonie ou la tuberculose pulmonaire.

La durée de la maladie est variable. Mais nous verrons que dans certains cas ainsi que nous l'avons exposé plus loin, son évolution est excessivement rapide. Elle dépend surtout de la précocité de la thérapeutique.

La guérison peut être obtenue ; mais elle est loin d'être constante, puisque dans nos observations nous trouvons seulement 14 guérisons pour 29 malades traités.

La plupart des auteurs sont très pessimistes pour le pronostic du cancer surlupique.

Il est fonction du siège du cancer, de son extension locale, de l'atteinte du massif osseux, du retentissement ganglionnaire et de la forme du lupus.

Il est certain qu'un épithélioma de la joue est moins grave et d'un pronostic moins sombre qu'un épithélioma développé au voisinage des orifices naturels. La proximité de cartilages et d'organes importants tels que les yeux, rend le traitement de ces lésions plus difficile; elles sont susceptibles, d'ailleurs, de provoquer des délabrements considérables et même de se compliquer par infection des sinus. L'atteinte ganglionnaire est un facteur sérieux d'aggravation du pronostic.

Nous avons voulu nous rendre compte du rapport qui pouvait exister entre l'âge des malades et

la gravité du pronostic, aussi avons-nous relevé, dans notre travail, et exposé dans le tableau ci-dessous, l'âge des malades décédés et la durée de l'évolution du cancer qui a causé la mort.

Observations	Age du Malade	Durée d'Evolution
II	46 ans	1 an.
V	45 ans	4 ans.
VI	37 ans	6 mois.
VII	56 ans	3 ans.
XVIII	57 ans	2 ans.
XX	64 ans	1 an.
XXII	47 ans	8 mois.
XXIII	34 ans	1 an.
XXVII	31 ans	2 ans.

Nous voyons que certains malades jeunes (31 et 37 ans) ont présenté des épithéliomas qui ont évolué respectivement en 2 ans et en 6 mois, alors que des malades âgés (57 et 64 ans) ont vu évoluer leur néoplasie en 2 ans et 1 an ; deux malades d'âge moyen (45 ans et 47 ans) sont morts, le premier, 4 ans après le début de l'épithélioma, le second, 8 mois après.

Nous pensons, étant donné ces constatations, qu'il n'y a aucun rapport entre le facteur âge et la gravité du cancer.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic de l'épithélioma surlupique pose deux questions importantes :

Est-on en présence d'un lupus ?

Existe-t-il un épithélioma développé à son niveau ?

I. — Diagnostic du lupus.

1° Le lupus vulgaire. — C'est une maladie essentiellement chronique qui se caractérise :

par son évolution qui est toujours très lente ;

par la présence dans les placards ou dans les lésions au début du nodule lupique ;

par son extension progressive, irrégulière, grâce à l'apparition de foyers secondaires.

Le nodule lupique est une formation pathologique de grosseur variable, enchassée dans le derme, de couleur jaunâtre, translucide, molle. On le met en évidence par la vitropression qui, ané-

miant la peau saine, laisse voir, par contraste, le tissu pathologique comparé pour sa couleur à du sucre d'orge. Ce nodule, qui est histologiquement un amas de follicules tuberculeux, est mou, c'est dire qu'il laisse facilement pénétrer un scarificateur ou un bistouri, et que sa friabilité permet une dilacération aisée. Le lupus se couvre souvent d'ulcérations (par caséification des nodules ou infections surajoutées) et de croûtes. Le lupus siège le plus souvent à la face. Il s'accompagne, de façon à peu près constante, de lésions des muqueuses voisines (nez, naso-pharynx, bouche).

2° Le lupus érythémateux fixé. — C'est une lésion caractérisée :

par de l'érythème, qui est tenace, avec ou sans œdème ;

par de l'atrophie et des télangiectasies ;

par de l'hyperkératose, d'abord folliculaire et qui peut s'étaler parfois en masses platrées dans les formes invétérées.

Le lupus érythémateux fixé siège dans la grande majorité des cas à la face et au cuir chevelu. Il se différencie aisément du lupus vulgaire, car il ne contient pas de nodules. Cependant signalons qu'il peut exister des formes de passage ou mixtes telles que le lupus érythématoïde de Vidal; l'évolution ultérieure montre toujours à un moment donné, un ou plusieurs nodules typiques. Au reste, la biopsie permet le plus souvent de trancher le diagnostic.

II. — Diagnostic de l'épithélioma.

En général, le diagnostic de l'épithélioma ne se pose pas au début, car les malades, qui depuis longtemps supportent leur lupus, n'ont pas l'attention attirée par des verrucosités, des excroissances ou des petites ulcérations qui viennent s'y surajouter.

Quand les lésions sont plus avancées, l'aspect est caractéristique : bords indurés, bourrelet faisant saillie entourant une ulcération à fond sanieux et saignant. On ne peut pas confondre ces lésions caractéristiques avec un réveil de processus tuberculeux (pas de bourrelet, simple petit nodule), ni avec la tuberculose verruqueuse dont les placards sont durs, papillomateux, cornés, souvent bordés d'une auréole inflammatoire et de petits abcès intra-épidermiques.

Le diagnostic différentiel qui se pose quelquefois avec la simple radio-nécrose consécutive au traitement radiothérapique du lupus est plus difficile à établir. Il s'agit d'une perte de substance plus ou moins importante ayant l'aspect d'une ulcération à fond sanieux, saignant un peu moins que l'épithélioma, sans bourrelet et sans nodule. La radionécrose peut d'ailleurs ne pas suivre le traitement de près mais apparaître au contraire tardivement.

Bien que très rare, le sarcome surlupique existe

dans la littérature (1) ; il est imposible d'en faire le diagnostic clinique.

Dans tous les cas, une *biopsie* qui portera à la fois sur le lupus et la tumeur est absolument nécessaire pour établir un diagnostic certain.

---

(1) D'après R. Volk cette tumeur se développerait sous l'influence indéniable des R. X. Schoch a trouvé 14 observations où le rôle favorisant de la radiothérapie ou de mésothorium était certain. 1. Schoch. — *Lupus-sarkome in Dermatologische Wochenschrift*, T. 97, n° 49, décembre, p. 1.723.

CHAPITRE VII

Etude Thérapeutique

Nous ne nous occuperons que du traitement de l'épithélioma confirmé ; nous laisserons de côté, parce que relevant d'une thérapeutique qui intéresse surtout les spécialistes des maladies de la peau, le traitement du lupus. Il n'est pas douteux cependant, qu'un traitement correct et rapide de cette affection représente la prophylaxie la plus sûre de l'épithélioma surlupique qui apparaît presque exclusivement sur les lupus anciens et qui est probablement, dans une certaine mesure, déterminé ou favorisé par des traitements intempestifs.

Nous divisons l'étude du traitement de l'épithélioma surlupique en plusieurs chapitres.

Dans le premier, nous exposons les différentes méthodes thérapeutiques qui sont actuellement à la disposition du médecin.

Dans le deuxième, nous faisons une étude critique de ces différents moyens en indiquant leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans le troisième, nous donnons l'opinion des

différents Maîtres, communiquée par eux au cours de notre enquête.

Dans le quatrième, nous montrons les indications de chacune des thérapeutiques, en fonction des formes anatomiques et des conditions étiologiques.

Dans le cinquième, nous exposons les résultats obtenus par les différentes thérapeutiques.

I. — Les moyens.

Le traitement de l'épithélioma surlupique a suivi, ces dernières années, une évolution comparable à celui de l'épithélioma en général.

Autrefois, il n'existait qu'un seul traitement capable de guérir l'épithélioma surlupique, c'était le traitement chirurgical qui consistait dans l'exérèse large des lésions cancéreuses.

A la suite de la découverte des rayons X et du Radium, les auteurs essayèrent d'appliquer cette nouvelle thérapeutique pour le traitement du cancer surlupique. Ils caressaient même un autre espoir ; celui d'avoir découvert un traitement idéal c'est-à-dire s'adressant à la fois aux lésions tuberculeuses et aux lésions cancéreuses. Malheureusement, les espoirs furent déçus et à l'heure actuelle nous devons reconnaître que si un même agent physique peut guérir le cancer et le lupus, les techniques de curiethérapie et de radiothérapie utili-

sées contre l'épithélioma sont cependant différentes des techniques utilisées contre le lupus. Si nous nous rapportons à l'observation n° XXIX du Dr Degrais, nous voyons que l'affection initiale et la complication ont été traitées toutes les deux par le même agent physique, le radium, mais qu'il a été fait une sélection judicieuse des rayons β et γ. Les rayons β ont été utilisés exclusivement pour le traitement du lupus et les rayons γ uniquement pour celui de l'épithélioma.

1° Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical peut s'adresser uniquement au cancer ou, au contraire, être destiné à traiter à la fois le cancer et le lupus ; il s'adresse aussi aux ganglions.

A. *Traitement du cancer seul.* — Il consiste dans l'exérèse de la tumeur et il est absolument comparable à l'exérèse d'un cancer primitif de la peau. L'extirpation doit être large.

B. *Traitement du cancer et du lupus.* — Il consiste dans l'exérèse des lésions aussi bien tuberculeuses que cancéreuses. Morestin, au 16e Congrès de chirurgie 1903, expose ce traitement que nous résumons de la façon suivante :

On utilise l'anesthésie locale. On peut pratiquer l'intervention en deux temps quand les lésions sont trop étendues et que l'exérèse demande de trop grands délabrements : un premier temps pour l'exérèse et un deuxième temps pour la réparation.

Morestin conseille de ne pratiquer le deuxième

temps qu'après un certain retard destiné à permettre d'utiliser le travail de réparation spontanée. L'autoplasie secondaire est ainsi facilitée.

C. *Traitement des ganglions.* — Les ganglions, s'ils existent, sont justiciables de l'exérèse chirurgicale. Elle portera, dans les cas qui nous intéressent, c'est-à-dire les épithéliomas de la face, sur les ganglions pré-auriculaires, sous-mentonniers, sous-maxillaires et carotidiens. Elle se fera à l'anesthésie locale.

2° Traitement par les agents physiques. — Ces agents physiques sont : le radium, les Rayons X, l'électro-coagulation, l'électrolyse négative ou la combinaison de ces différents agents.

A. *Traitement par le Radium.* — La curiethérapie de l'épithélioma surlupique est semblable à celle d'un épithélioma banal de la face.

La technique utilisée est très peu variable, suivant les auteurs. Cette technique consiste dans l'irradiation des lésions à l'aide soit d'appareils moulés en paraffine plastique (pâte Columbia) chargés de radïum, soit à l'aide de radiumpuncture.

Appareils moulés. — Ces appareils, en pâte Colombia sont moulés directement sur les lésions. Les foyers radioactifs sont représentés par les tubes d'émanation ou de radium. La distance du foyer radifère à la peau varie entre 7 mm. et 15 mm., suivant le degré d'infiltration du cancer. Cette dis-

tance est obtenue par l'épaisseur de la pâte Colombia.

La filtration est de 0,5 à 1mm. de platine.

La dose détruite par cm2 varie de 1,70 à 2 millicuries, suivant l'étendue des lésions à traiter. On utilise les précautions d'usage pour la protection de l'œil ou du cuir chevelu à l'aide de filtres de plomb recouverts par une mince feuille de paraffine pour arrêter le rayonnement secondaire. La durée de l'application varie de 5 à 8 jours.

Radiumpuncture. — Cette méthode est utilisée pour les tumeurs bourgeonnantes ou pour les tumeurs au voisinage de l'œil quelle que soit leur forme.

Les aiguilles sont placées à la périphérie de la lésion. On se propose de détruire un millicurie à un millicurie et demi par cm3.

La durée de l'application varie de 4 à 6 jours.

Combinaison des deux méthodes. — Dans certains cas de lésions étendues et bourgeonnantes, lorsque la paupière ou la narine sont partiellement intéressées, on peut combiner les deux techniques et utiliser successivement la radiumpuncture et l'irradiation en surface.

Technique de M. le Dr Degrais. — Cet auteur a tendance à utiliser des rayonnements moins filtrés pour tous les cancers de la face. Aussi traite-t-il souvent les épithéliomas cutanés par application d'appareils radifères à sels collés ou par des tubes de radium placés très près de la lésion à traiter. Il

emploie ainsi non seulement les rayons γ mais les rayons β pour détruire le cancer. La durée d'irradiation est alors beaucoup plus courte. Il utilise ausi la radiumpuncture suivant la technique déjà décrite.

Degrais pense que son procédé de thérapeutique par l'utilisation des rayons mous et très peu filtrés s'adresse à la fois au lupus et au cancer. Cependant, dans l'obs. n° XXIX, Degrais a employé un rayonnement différent pour traiter le lupus et l'épithélioma.

B. Traitement par les rayons X. — Plusieurs techniques sont à considérer.

Technique classique. — La plupart des radiothérapeutes utilisent des méthodes souples et variant suivant l'étendue et l'infiltration de la lésion. Le rayonnement employé est produit par les ampoules fonctionnant sous des tensions allant de 16 à 30 cm. d'étincelle équivalente et sous des filtrations variant de zéro à 5 ou 6 mm. d'aluminium.

Les doses varient avec la pénétration du rayonnement, l'étendue du champ à irradier, l'épaisseur de la tumeur.

Ce traitement est fait en une seule ou plusieurs séances. La dose totale doit également augmenter avec le nombre des séances.

Pour traiter les ganglions, la méthode est un peu différente. On emploie des rayons très pénétrants ; on donne une dose d'environ 1.500 r en une série de séances de 500 r chacune, ou bien, se rappro-

chant de la méthode de Coutard, on donne une dose plus forte, 2.500 à 3.000 r étalée sur plusieurs semaines et répartie en des séances quotidiennes ou bi-quotidiennes.

Technique de M. le Dr Belot. — Elle consiste à pratiquer avant toute radiothérapie, un raclage à la curette des tissus néoplasiques, de façon à enlever la plus grande partie de ceux-ci, en s'arrêtant au plan de résistance qui limite les tissus sains.

Sur cette surface cruentée est appliquée une forte dose de rayons X, modérément pénétrants 120 kw.) sans filtre; cette dose varie entre 1.200 r. et 2.000 r, selon le cas. Lorsque le raclage a montré des infiltrations néoplasiques se propageant vers la profondeur, la dose est de 2.400 à 2.800 r, sous filtration de 1/2 millimètre à un millimètre de cuivre, avec tension de 200 kw. (rayons pénétrants). Une seule application suffit ordinairement.

Il y a trois ans environ, l'auteur a utilisé une nouvelle méthode mixte contre les volumineux épithéliomes infiltrants de la peau et même de la lèvre inférieure. Elle consiste à appliquer d'abord une dose de radiothérapie pénétrante de 2200 r. sous filtration sélective importante, puis à râcler la lésion environ huit jours après application de façon à faire sauter tous les tissus bourgeonnants. Sur la surface cruentée, on applique alors une dose de 1.500 à 2.000 r. de rayons X modérément pénétrants (125 kw.) sans filtration.

Ce râclage est parfois fait à la curette diathermique ou au couteau diathermique.

Enfin, l'auteur combine quelquefois l'électro-coagulation à la radiothérapie pour détruire les bourgeons résistants ou des infiltrations en bordure, sur des tissus déjà très modifiés et sclérosés par irradiation antérieure.

Pour les ganglions, l'auteur utilise la méthode classique.

Technique de M. le Dr Coste. — Le docteur Coste de Lyon préconise, pour le traitement des épithéliomas cutanés ou cutanéo-muqueux, une méthode standard s'appliquant à tous les cas et caractérisée par l'emploi du rayonnement utilisé sans filtre d'une ampoule fonctionnant sous 16 à 18 cm. d'étincelle équivalente.

La dose de rayons employée est de 20 à 30 H soit 3.200 à 4.800 R. de Solomon, soit environ de 1.500 à 2.000 r. Cette dose est donnée en une seule séance. La localisation du rayonnement a lieu au niveau de la lésion à l'aide de caches de plomb ou de caoutchouc plombées, découpées pour chaque cas de telle sorte que le champ irradié déborde la lésion de 1 cm. à 1 cm. 1/2.

Pour les ganglions Coste, après incision de la peau, les irradie à feu nu dans les mêmes conditions que les lésions primitives. Après l'irradiation, les plus gros ganglions sont enlevés chirurgicalement.

C. *Traitement par l'électrocoagulation.* — Sui-

vant l'étendue de la lésion, on pratiquera une coagulation massive par puncture ou une coagulation de surface, après avoir fait l'exérèse aussi complète que possible des lésions au bistouri électrique. On pourra même, suivant la technique de Keysser de Berlin et à l'aide de son appareil spécial d'électrocoagulation, pratiquer de très larges destructions tissulaires qui seront ensuite comblées par des autoplasties.

D. *Traitement par l'électrolyse négative.* — C'est un procédé comparable à l'électrocoagulation mais ne s'adressant qu'à des lésions de peu d'étendue.

E. *Traitement par association radio-chirurgicale.* — La radium ou les rayons X sont utilisés au niveau de la lésion cutanée, le bistouri fait l'exérèse des ganglions qui sont extirpables. Le radium ou les rayons X peuvent être encore utilisés après l'exérèse chirurgicale large de la lésion initiale, telle qu'on la pratique lorsque cette dernière a envahi le squelette. Des tubes sont placés dans la brèche osseuse opératoire.

F. *Traitement par association des autres méthodes.* — Le Dr Belot et ses élèves sont partisans des méthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés avec association du râclage, de l'électrocoagulation, de l'électrolyse et de la radiothérapie.

Buschke prétend que la meilleure méthode pour traiter les cancers surlupides peu étendus est l'électrocoagulation avec traitement consécutif par

R. X. ou Radium, en n'employant ce dernier que si l'épithélioma envahit les plans profonds. Lorsqu'il y a un envahissement ganglionnaire on peut envisager une extirpation large, suivie d'un traitement radiothérapique.

II. — Critique des moyens.

Avant d'entreprendre la critique des différents moyens thérapeutiques utilisés dans l'épithélioma surlupique, il importe de redire qu'aucun traitement ne correspond parfaitement à la fois aux lésions lupides et cancéreuses.

1° Chirurgie

Les avantages. — L'exérèse chirurgicale des lésions cancéreuses présente des avantages certains, car c'est une méthode rapide et peu choquante, grâce à l'utilisation de l'anesthésie locale. Le principal avantage de cette méthode est d'être à la fois applicable au cancer et au lupus. Le traitement chirurgical est souvent le seul traitement possible lorsque l'on a eu un échec avec les autres thérapeutiques.

En présence d'adénopathies mobiles, le traitement chirurgical est le traitement de choix, car il permet d'enlever rapidement et largement les ganglions cancéreux et les tissus environnants.

En présence d'un envahissement profond de l'os, la chirurgie est la seule méthode applicable à moins d'utiliser l'électrocoagulation suivant la méthode de KEYSSER.

Les inconvénients. — Faut-il admettre, comme le dit COSTE, que les épithéliomas surlupiques ne doivent jamais être opérés parce qu'ils récidivent régulièrement ? Nous n'en croyons rien. D'après MORESTIN, le traitement chirurgical est loin d'être anodin, simple et facile. Les malades sont des sujets souvent âgés, fragiles ; les tumeurs quelquefois volumineuses et étendues siègent dans le voisinage du nez ou des paupières et sont souvent entourées de tissus cicatriciels de mauvaise qualité, ce qui complique la cicatrisation post-opératoire et qui rend parfois extrêmement difficiles les opérations plastiques secondaires. De plus, dans un certain nombre de cas, on ne peut s'attaquer au lupus cancérisé en raison de son étendue et de sa dissémination. BUSCHKE n'est pas partisan de l'excision ni du curetage, car il pense qu'ils provoquent facilement des embolies cancéreuses.

L'exérèse chirurgicale des adénopathies ne peut pas être toujours faite puisque dans un grand nombre de cas les ganglions sont fixés ; mais, même dans les cas favorables où l'emploi de l'anesthésie locale rend leur extirpation moins grave, cette intervention n'est pas exempte de dangers et reste grevée d'une petite mortalité. Elle est toujours mutilante et inesthétique.

2° Radium

Les avantages. — La curiethérapie des épithéliomas surlupiques présente les mêmes avantages que celle de l'épithélioma spino-cellulaire en général. C'est une méthode sûre qui donne des cicatrices de très belle qualité.

Faut-il considérer le radium comme valable pour les deux affections (cancer et tuberculose) ? En général non, ou tout au moins le même rayonnement et les mêmes techniques ne sont pas utilisables. Ces deux affections ne peuvent être traitées simultanément. Degrais se sert du radium pour traiter les deux affections en sélectionnant les radiations β et γ.

Les inconvénients. — Ils sont d'ordre général. Les critiques que nous allons faire s'appliquent aussi bien à l'irradiation par le radium que par les rayons X. Nous retrouvons ici la question de la sensibilité des tissus, en particulier des tissus remaniés par une maladie précédente (lupus), ou anciennement irradiés.

Les malades, que nous avons à soigner, ont souvent un épithélioma évoluant sur un ancien lupus dont la cicatrisation a déterminé des modifications scléreuses et une très mauvaise vascularisation de la peau; en outre, ces tissus ont été remaniés par les thérapeutiques ayant eu pour but de traiter le lupus (Ra. ou R.X.). Théoriquement, l'épithélioma surlupique serait dans de très mauvaises

conditions pour guérir, car on ne peut compter sur la réponse d'un stroma cicatriciel et déjà vacciné. Dans un article récent paru dans le *Monde médical* du 15 décembre 1933, Roussy et Simone Laborde insistent sur le rôle du terrain local, c'est-à-dire du milieu sur lequel se développent les éléments cancéreux, dans la guérison des épithéliomas traités par le radium. « Il nous paraît indéniable que celui-ci joue un rôle considérable dans la manière dont les tissus néoplasiques réagissent à l'action des rayonnements. C'est ainsi que pour tout un groupe d'épithéliomas cutanés, le traitement par les radiations est hérissé de difficultés et ne donne souvent que des résultats nuls ou médiocres ; ce sont, en particulier, ceux qui se développent sur des tissus dont la vitalité est modifiée, comme les cancers dits « vaccinés », les cancers développés sur lupus, les cancers sur brûlure et ceux qui naissent sur radiodermites. » Pratiquement, tous les procédés de traitement par le radium ou les rayons X ont cependant donné quelques résultats, même dans des conditions locales qui paraissaient très défectueuses. Il est très curieux de remarquer que dans ce même article où Roussy et Simone Laborde font la déclaration précédente, ils publient une belle photo d'un épithélioma surlupique guéri par la radiothérapie depuis mars 1930.

D'autre part, dans le cas de cancer, au voisinage des paupières, du nez, il faut craindre des acci-

dents de radio-nécrose. Au sujet des cancers des paupières, le radium est difficile à placer, mais il faut rappeler que l'utilisation des aiguilles réduit au minimum les dangers pour l'œil (S. Laborde). Quant aux épithéliomas du nez, la guérison ne sera souvent obtenue qu'au prix de la nécrose du cartilage.

3° Rayons X

Une critique d'ensemble pouvant s'adresser au traitement des cancers surlupiques par les rayons X en général, est celle que nous avons exposée à l'occasion de la critique du traitement par le radium. Nous pensons aussi que dans tous les cancers qui ont profondément infiltré l'os, les rayons X, quelle que soit la méthode employée, n'ont pas une action suffisante.

Par contre, on a pu lire dans la réponse du Dr Louste que « le seul, l'unique traitement du cancer surlupique était la radiothérapie à dose intense avec rayons ultra-pénétrants ».

La radiothérapie pouvant être utilisée de façon très différente, nous ferons les critiques des trois principales méthodes.

A. *Méthode classique.* — Les séances répétées, d'après certains auteurs, seraient peu efficaces sur les cancers peu radio-sensibles ; elles favoriseraient l'accroissement de la radio-résistance du tissu néoplasique et la radio-sensibilisation progressive des tissus généraux.

En outre, les séances répétées ont l'inconvénient de retentir sur l'état général, lorsque les surfaces sont larges et que l'on doit irradier en même temps le carrefour aéro-digestif.

B. *Méthode de Belot.* — Au sujet du grattage on lui a fait quelques objections dont la principale est le danger d'une propagation de la néoplasie par inoculation des tissus sains périphériques.

L'auteur et ses élèves ont répondu par des arguments sérieux basés sur leur pratique : « Nous avons, depuis plus de 28 ans, traité par le râclage un nombre très important d'épithéliomas cutanés ; jamais nous n'avons pu observer un seul fait qui puise faire penser à la possibilité de cette propagation ».

C. *Méthode de Coste.* — C'est un traitement qui nous parait un peu standarisé ; si de nombreuses néoplasies cutanées guérissent à la suite de cette application, il en reste un nombre élevé qui, soumises à cette formule omnibus, s'améliorent sans guérir ou ne s'améliorent pas.

3° Electrocoagulation. — Le bistouri électrique à l'aide duquel on peut commencer l'exérèse est comparable au bistouri ordinaire et s'adresse à la fois à l'épithélioma et au lupus. Il possède l'avantage de réaliser une hémostase des vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais il se heurte aux mêmes inconvénients que le traitement chirurgical. Théoriquement, il empêcherait la dissémination néoplasique par voie lymphatique.

L'électrocoagulation était jusqu'ici utilisée pour des lésions peu étendues, mais grâce au perfectionnement des techniques (Keysser), elle permet d'aller au-delà des possibilités chirurgicales. Nous avons vu notre Maître (qui lui-même l'a appris de Keysser) enlever d'énormes épithéliomas du front, de l'orbite et de la face, puis les recouvrir d'immenses lambeaux prélevés aux dépens du cuir chevelu.

4° Electrolyse négative. — L'électrolyse négative est un procédé peu douloureux, très précis et donnant des cicatrices meilleures, mais il est long à employer ; il ne peut s'adresser qu'à des lésions très peu étendues.

5° Association radio-chirurgicale. — Quand elle est indiquée, c'est une excellente combinaison thérapeutique.

6° Association des autres méthodes. — L'association des diverses méthodes permet d'utiliser les avantages de chacune en évitant certains de leurs inconvénients.

III. — Opinion des maîtres.

Les Maîtres qui ont eu l'amabilité de nous répondre peuvent se ranger en cinq catégories :

1° Partisans de la chirurgie ;

2° Partisans du radium ;

3° Partisans des Rayons X ;

4° Partisans de l'Electrocoagulation ;

5° Eclectiques.

1° Partisans de la chirurgie ou a tendance plutôt chirurgicale.

M. le Dr Darier, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Si je comprends bien, ce n'est pas sur un cas particulier que vous m'interrogez, c'est d'une façon générale sur le traitement de l'épithélioma sur lupus.

Le développement d'une tumeur sur une affection préalable de la peau ou des muqueuses n'exclut pas les règles générales sur lesquelles j'ai maintes fois exposé ma manière de voir un peu partout, et notamment dans mon Précis IV° éd. p. 996 et dans une brochure que je vous envoie.

Dès que le diagnostic est établi, et aussitôt que possible, tout épithéliome doit être enlevé complètement ou totalement détruit ; le choix de la méthode dépend, en majeure partie de l'espèce de l'épithélioma et pour une part non négligeable aussi du siège de la tumeur.

Ce que l'épithéliome sur le lupus a de particulier, c'est : que le diagnostic, au début, en est souvent délicat et qu'on ne saurait trop recommander de l'assurer par la biopsie dès que le moindre soupçon se présente ;

qu'il est, selon une règle presque absolue, d'espèce spino-cellulaire ;

qu'ainsi que le lupus lui-même il a une prédilection pour la face et le pourtour des orifices cutanéo-muqueux ;

qu'habituellement il n'occupe, au moment où on le découvre, qu'une portion de la surface lupique sur laquelle il a pris naissance ;

qu'enfin il n'est pas exceptionnel, en pratique, qu'il se développe sur un lupus préalablement traité par la radiothérapie (ce dont il y a lieu de tenir compte dans le choix de la méthode d'intervention, par crainte de production d'ulcères radiodermiques).

Au total, selon le siège et les circonstances, donner la préférence soit à l'ablation chirurgicale, soit à l'actinothérapie et plus spécialement au radium.

M. le Dr A. Touraine, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Je pense que c'est mon avis sur le traitement des épithéliomas développés sur lupus que vous me demandez.

M. Darier a fort bien résumé la question. Il n'y a pas de ligne de conduite unique. Le traitement doit varier selon les dimensions, l'ancienneté, la marche de l'épithélioma, son activité histologique, l'extension aux ganglions, etc...

Il n'y a donc pas une « meilleure façon » de soigner ces épithéliomas, mais beaucoup de façons qui peuvent devenir la meilleure selon les cas.

2° Partisans du Radium :

M. le Dr Degrais, Chef du Laboratoire de Radiumthérapie à l'Hôpital Necker.

A mon avis, le meilleur traitement des épithéliomas sur lupus est la curiethérapie. Celle-ci, suivant l'étendue des lésions ou leur aspect morphologique (ulcération par exemple), peut être pratiquée sous forme d'appareil de pâte Colombia. Quand les lésions sont bourgeonnantes ou de petites dimensions, je donne la préférence aux aiguilles introduites dans les bourgeons. Ces épithéliomas sont, en général, radio-résistants et du type spino-cellulaire. Mais, contrairement à ce qu'on observe dans les épithéliomes spino-cellulaires de la peau primitifs dont le danger réside dans l'essaimmage ganglionnaire, l'épithélioma sur lupus ne donne jamais de ganglions.

J'ai vu des épithéliomas sur lupus qu'aucun traitement n'avait pu arrêter, envahir pour ainsi dire toute la face sans qu'à aucun moment n'apparaissent de ganglions. Il y a probablement un blocage des lymphatiques qui empêche toute dissémination.

M. le Dr J. Nuytten, Assistant de Radiumthérapie du C. A. de Lille.

Mon opinion est que le traitement par radiation et plus particulièrement la curiethérapie est le traitement de choix de cette variété d'épithélioma cutané. La guérison est la règle lorsqu'il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire.

M. le Dr S. Dechambre, Chef du Service de Radiumthérapie de l'Hôtel-Dieu, à Clermont-Ferrand.

Le traitement du lupus dégénéré est intéressant à envisager et doit varier, à mon avis, suivant les cas :

a) *Le lupus dégénéré d'emblée* (sans traitement radiothérapique antérieur) relève plutôt d'une application de radium que des rayons, car il s'agit le plus souvent d'épithélioma spino-cellulaire ;

b) *Le lupus dégénéré secondairement,* après avoir été soumis à de multiples séances de rayons X peut encore être traité par une application de radium mais, en raison de risques de radiodermite et de radionécrose, il vaut mieux avoir recours à la chirurgie ou mieux encore à la diathermo-coagulation.

M. le Dr Ledoux-Lebard, Chargé de Cours de Radiologie, Electro-radiologiste des Hôpitaux de Paris.

Je n'ai d'expérience personnelle du traitement de cette affection qu'au point de vue de la radiothérapie et un peu de la curiethérapie .

Les résultats que j'ai observés me paraissent relativement peu favorables en ce qui concerne la radiothérapie appliquée seule, et j'ai l'impression que l'on devrait obtenir actuellement des effets meilleurs de la curiethérapie, soit par l'aiguillage dans les ganglions de la face qui s'y prêtent, soit par la curiethérapie, mais le tissu lupique constitue généralement un terrain peu favorable aux irradiations.

3° Partisans des Rayons X :

M. le Dr Coste, Chef de Laboratoire de Radiologie des Hôpitaux de Lyon.

En thèse générale, tous les épithéliomas cutanés de quelque nature qu'ils soient, même les nævo-carcinomes, à plus forte raison les épithéliomas sur lupus, doivent être irradiés par les rayons X avec la technique suivante :

Rayonnement moyennement pénétrant ;

Pas de filtre :

Une seule séance.

Consécutivement, pansements très soignés (ce dont ne parlent pas les diverses publications).

a) *Action des rayons X sur le lupus.* — Pour ma part, depuis 8 ou 10 ans, je ne fais jamais d'irradiations sur lupus non cancérisé étant persuadé que les rayons X ne peuvent guérir un lupus et laissent toujours une peau scléreuse de radiodermite chronique très apte à la cancérisation. Les nodules lupiques résistent toujours à l'action des rayons, même dans les cas de tubercule anatomique ou cependant comme dans le cas de tuberculose verruqueuse, le traitement de choix est la radiothérapie faite suivant une technique semblable (sauf la dose) à celle du cancer.

A) *Doit-on employer la chirurgie ?* — Pour ma part, comme dans les cancers cutanés, je réponds par la négative. Je n'ai jamais eu qu'un insuccès dans les cancers sur lupus, quel que soit leur siège, leur étendue dans les 40 ou plus de cancers sur lupus que j'ai traités. Je n'ai jamais utilisé le couteau, je le répète, et ne pense pas qu'il faille le faire. *Rien de plus facile,* le plus souvent que de guérir un cancer sur le lupus. Chose remarquable et que j'ai observé, pour ainsi dire toujours, lorsqu'un lupus est compliqué de cancer, l'irradiation est suivie dans les cinq ou six semaines d'une très grosse amélioration du lupus au point que l'on peut parler, pendant un temps parfois très long, de guérison (la région du néo étant seule irradiée).

Les néo sur lupus sont comme tous les spino-cellulaires très sensibles aux rayons X malgré l'opinion de Darier. Ils ne doivent jamais être opérés car ils récidivent assez souvent et après l'intervention on voit apparaître des ganglions ; cela ne se produit jamais après les rayons X.

Quant à la forme du lupus présentant un néo, je ne peux vous renseigner n'ayant jamais traité que des cancers sur lupus vulgaire.

C) *N'y a-t-il pas place pour la curiethérapie ?* — Je n'ai jamais fait de curiethérapie, étant convaincu et le démontrant tous les jours depuis 15 ans, que l'ampoule fait tout ce que fait le radium et cela *beaucoup mieux*. Personnellement dans n'importe quel cas, j'obtiens, depuis 11 ans 97 % de guérison dans toutes les formes histologiques.

D) *Epithélioma et adénopathies.* — J'ai observé très rarement des cancers sur lupus s'accompagnant d'adénopathies même dans les cas où les néo évoluent depuis longtemps.

S'il y a adénopathie, celle-ci est traitée comme toute adénopathie de cancer cutané. C'est-à-dire toujours à l'aide de la *chirurgie des rayons.*

a) Peau non adhérente, ganglions mobiles. — Après incision, la peau est très largement disséquée du tissu cellulaire, un localisateur spécial cylindrique ou conique est introduit entre les lèvres de la plaie et une grosse dose de rayons 6.500, 7.000, 7.500 R Solomon non filtrée est administrée en une seule fois. Les ganglions sont ensuite enlevés; c'est mieux, je crois, que les enlever avant l'irradiation. La peau est soigneusement refermée sur une mèche plate laissée en place 48 heures. Le tout est guéri en 8-10 jours.

b) Peau adhérente, ganglions extirpables. — La peau adhérente est comprise dans une incision et enlevée ainsi que les ganglions. L'irradiation est faite et on termine comme ci-dessus si la suture est possible.

c) Peau adhérente, fistulée, ganglions inenlevables. — Même traitement pour la peau, c'est-à-dire ablation. Quant aux ganglions, ils sont ouverts et curettés. Toute la partie de la coque ganglionnaire qui peut être enle-

vée est supprimée ; seule la partie tenant à la paroi des vaisseaux est laissée. Peau laissée ouverte même si la suture est possible.

M. le Dr Maingot, Electro-radiologiste des Hôpitaux de Paris.

Le développement d'un épithélioma sur un lupus est une éventualité qui justifie le traitement radiothérapique. Le traitement est le même que celui des épithéliomas cutanés qui ont la même structure histologique.

Lorsque l'épithélioma est réduit à un bourrelet qui entoure le lupus, il est quelquefois indiqué de couvrir le centre du lupus avec une feuille de plomb afin de pouvoir faire des irradiations à plus forte dose sur le seul bourrelet épithéliomateux. Il m'est arrivé dans certains cas, de détruire le bourrelet au galvano-cautère avant de pratiquer l'irradiation.

La radiothérapie à dose modérée rend de grands services dans le lupus; elle est d'autant plus active que la forme est plus végétante. Rapidement, la radiothérapie transforme le lupus végétant en lupus type de Willan, mais elle ne détruit pas les grains jeunes qui doivent être attaqués par d'autres méthodes.

Ce qui aggrave le pronostic de l'épithélioma sur le lupus c'est l'extension du tissu néoplasique aux muqueuses par exemple à la muqueuse palpébrale, à la muqueuse des lèvres.

M. le Dr Iser Solomon, Electro-radiologiste des Hôpitaux de Paris.

Je n'ai pas eu souvent l'occasion de traiter des cancers lupiques. Je me rappelle avoir traité deux cas qui ont très bien réagi après un traitement avec un rayonnement pénétrant et filtré sur 0,5.

J'ai suivi d'ailleurs la technique que j'ai exposée dans mon précis de Radiothérapie profonde.

M. le Dr Louste, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Je me suis occupé, en effet, du traitement désespérant du cancer sur lupus tuberculeux. Le seul, l'unique traitement, c'est la radiothérapie à dose intense avec rayons ultra pénétrant ; la réaction est forte, douloureuse, mais le résultat intéressant.

Au contraire, si l'on fait des doses moyennes et répétées, je crois que l'on fait plus de mal que de bien.

M. le Dr Ménage, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Tours.

D'une façon générale, j'emploie la méthode de Dubreuilh, de Bordeaux, c'est-à-dire filtrage très faible, 1/10 d'aluminium avec rayonnement moyennement pénétrant, dose de 1.000 R environ à chaque séance que je répète 3 ou 4 fois, et même plus, dans certains cas, au rythme de 1 séance tous les deux jours. J'attends un mois et demi ou deux mois les effets de l'amélioration et, s'il y a lieu, je refais quelques séances à titre complémentaire si la guérison n'est pas complète.

M. le Pr Nicolas (Lyon).

En général, lorsqu'il s'agit d'épithélioma développé sur lupus nodulaire vulgaire, ulcéré et cicatriciel, c'est le traitement par la méthode du docteur Coste que nous employons ici : une seule séance, à très forte dose 22 à 25 H à feu nu.

Chose intéressante, assez souvent, le lupus sur lequel l'épithélioma s'était développé subit une très heureuse influence alors que normalement le lupus nodulaire ne retire pas grand bénéfice du traitement par les rayons X.

En ce qui concerne l'épithélioma développé sur lupus érythémateux, puisque vous me posez aussi cette question, je ne puis vous répondre, n'ayant pas encore eu personnellement l'occasion d'observer et de faire traiter, par conséquent, un épithélioma développé sur lupus érythémateux pur. Il s'agissait toujours, dans les cas

que j'ai vus, de lupus érythémato-nodulaires donc nodulaires et pas érythémateux purs.

1° Partisans de l'Electrocoagulation :

M. le Pr Sézary (Paris).

Avec mon assistant, M. Ducourtroux, nous traitons les épithéliomas sur lupiques par l'électro-coagulation. Trois cas traités, l'un il y a un an et demi, les deux autres il y a un an ont été revus récemment, aucune trace de récidive.

M. le Dr P. Ravaud, Médecin des Hôpitaux de Paris.

A) La plupart des cancers sur lupiques que j'ai vus étaient survenus surtout sur des lupus traités par des séances trop répétées et souvent inutiles de rayons X.

B) Le meilleur traitement de ces cancers (surtout lorsque des rayons X ont été appliqués auparavant) est la diathermo-coagulation par les courants de haute fréquence. J'ai ainsi traité cinq ou six malades, avec d'excellents résultats lorsque le cancer n'était pas trop étendu.

M. le Pr W. Dubreuilh (Bordeaux).

Les épithéliomas sur lupus tuberculeux ou sur lupus érythémateux sont l'un et l'autre des cancers sur cicatrice et de ce chef très résistants aux rayons X. Cette résistance n'est cependant pas absolue et j'ai quelquefois pu en guérir avec une seule dose massive de rayons X.

Il est difficile de les opérer, parce que la peau du voisinage est généralement altérée.

Dans ces conditions, l'électro-coagulation paraît, dans beaucoup de cas, être le meilleur traitement.

M. le Pr Paul Vigne (Marseille).

Le traitement qui a été pratiqué le plus habituelle-

ment est l'électro-coagulation qui nous a donné, en général, de bons résultats.

Dans un cas, d'ailleurs très étendu, il y a eu récidive après coagulation. Cette récidive a été traitée par rayons X, (méthode de Coste), qui n'a pas arrêté l'extension et la malade est morte.

M. le Pr Buschke, de Berlin.

1° Il existe un épithélioma sur le terrain d'un lupus érythémateux. Cette complication est plus rare que le carcinome sur lupus vulgaire, qui d'ailleurs, lui aussi, n'est pas très fréquent. Dans la littérature, on a rapporté 50 cas à peu près d'épithéliomas surlupiques érythémateux ; en ce qui concerne mon expérience personnelle, qui est importante, je me souviens avoir vu plusieurs cas de carcinomes sur lupus vulgaire.

Il s'agit toujours de carcinome spino-cellulaire, bien que l'on ait publié un cas de carcinome baso-cellulaire. On peut se demander si ce dernier cas appartient au lupus érythémateux.

Les ganglions régionaux sont parfois envahis.

Pour un certain nombre de ces carcinomes, on a accusé le traitement (R. X, acide pyrogallique, etc.) d'être à l'origine de leur développement. Mais c'est surtout le lupus lui-même qui est à l'origine du cancer plutôt que le traitement.

2° Le carcinome sur lupus vulgaire naît principalement et « spontanément » au dépens de pullulations épithéliales qui sont très fréquentes dans ce lupus. Naturellement, le traitement (R. X., acide pyrogallique, etc...) peut aussi jouer un rôle étiologique. Cependant, en considérant que, lorsque tous les cas de lupus sont traités d'une façon plus ou moins intensive, le carcinome surlupique est quand même rare (environ 3 à 4 % de tous les cas de lupus), il semble que le traitement du lupus ne joue pas à coup sûr, un rôle décisif dans l'apparition de l'épithélioma quoiqu'il puisse peut-être le favoriser.

Le point de départ du carcinome peut se faire aussi aux dépens d'inclusions épithéliales comprises dans les cicatrices.

3° Le carcinome surlupique donne relativement peu des métastases ganglionnaires. Lorsqu'il en existe, il n'est pas prouvé qu'elles dépendent de la tuberculose ayant préalablement frappé les ganglions ; il s'agit plutôt d'une propriété de ce cancer.

4° La meilleure méthode pour traiter les cancers surlupiques peu étendus est l'électrocoagulation avec traitement consécutif par R. X. ou radium, en réservant celui-ci pour les carcinomes n'intéressant pas trop la profondeur.

L'excision et le curettage sont de moins bons traitements, parce qu'ils provoquent facilement des embolies cancéreuses. L'électrocoagulation est aussi à retenir pour le traitement du lupus vulgaire lui-même, avec traitement consécutif par l'acide pyrogallique.

5° Quand il y a des ganglions, une extirpation large suivie par un traitement de Rayons X, peut être envisagée.

5° Eclectiques :

M. le Pr Audry, (Service de Dermatologie et Syphiligraphie de Toulouse).

L'épithélioma surlupique n'est pas une complication : c'est la fin normale de tout grand lupus qui dure assez longtemps.

Déjà, l'histologie en montre l'ébauche dans l'acanthose qui accompagne toujours le lupus.

Le soi-disant lupus scléreux est une ébauche et l'épithélioma succède au lupus de la peau et des muqueuses comme il succède à la leucoplasie syphilitique.

Naturellement une radiothérapie mal faite ou toute autre cause d'irritation chronique et répétée multiplie ou accélère les chances d'épithéliomalisation. C'est ainsi que nous avons vu apparaître l'épithélioma dans le champ du lupus érythémateux où il était jadis à peu près inconnu.

Voilà pourquoi le sarcome juxtalupique est si rare ; il ne succède pas à une acanthose, acanthomatose ou une épithéliomatose.

Quant à savoir si l'épithélioma surlupique est vraiment surlupique ou cicatriciel, c'est un autre affaire. Toutefois, étant donné qu'une cicatrice normale n'est nullement acanthosique il me semble plus sage d'admettre que l'épithélioma est vraiment surlupique comme dans un lupus papillomateux, etc...

Toutes les fois que le bistouri peut enlever sans gros dégâts le lupus et le cancer, je considère qu'il faut avoir recours à ce moyen. Dans les autres cas, je n'ai pas d'opinion arrêtée. Le radium ou les rayons X peuvent donner d'excellents résultats. En matière de R. X. j'estime que les doses massives en une seule séance représentent la technique de choix.

M. le Pr A. Tischnenco (Kiew).

Nous traitons l'épithélioma surlupique (érythémateux ou vulgaire) par les Rayons X ou le Radium.

Nous avons eu dans quelques cas des résultats satisfaisants et durables.

L'exérèse nous a donné des résultats pis et seulement passagers.

M. le Pr G. Petges (Bordeaux).

D'après les cas d'épithéliomas sur lupus que j'ai observés, il faut distinguer :

Les épithéliomas survenus spontanément sur des lupus non traités, qui rentrent dans la catégorie des épithéliomas sur cicatrices, plus fréquents dans le lupus érythémateux qui est moins activement traité que le tuberculeux.

Les épithéliomas survenus sur les lupus traités par les moyens divers et surtout les cautérisations ignées, autre classe rentrant dans la catégorie des épithéliomas sur cicatrices aussi, mais sur cicatrices de brûlures.

Les épithéliomas survenus sur lupus traités par la radiothérapie, les plus fréquents depuis quelques 20 ans.

Dans la première catégorie, même si l'épithélioma est spino-cellulaire, la radiothérapie me paraît préférable et efficace (question de doses), quoiqu'on en ait dit, si la lésion est encore cutanée. Séance unique à forte dose.

La diathermocoagulation est efficace dans les petits épithéliomas débutant.

Dans la deuxième catégorie, la radiothérapie précoce ou la radiumthérapie me paraissent indiquées ; dans certains cas, avec diathermocoagulation, après la séance unique et à forte dose de rayons X ou de radium.

Dans la troisième catégorie, la radiothérapie peut donner de bons résultats. J'ai suivi, pendant des années, un malade ayant un lupus très étendu, couvrant face, cou, épaules, ayant subi des séances multiples de rayons X, et qui présentait de nombreux épithéliomas cornés. La radiothérapie agissait et détruisait ces épithéliomas bien qu'ils soient nettement d'origine X.

La diathermocoagulation m'a donné d'excellents résultats dans plusieurs cas.

La radiumthérapie paraît plus active dans certaines formes radiorésistantes.

La chirurgie est indiquée quand il s'agit d'un épithélioma d'une certaine étendue, puisque les risques de radiodermite s'accroissent avec la surface ou je crois, le carré de la surface (Thèse de Van Germès) ; et que pour ces formes spino-cellulaires et spécialement résistantes il faut frapper très fort avec la radiothérapie.

Au risque de passer pour un fossile, je répèterai et dirai, d'après mon expérience, que pour traiter ces formes, mieux vaut un rayonnement produit par les appareils anciens à bobine ou condensateurs, les vieilles crédences avec tubes genre Chabot, Müller, etc..., sans filtration. Ce n'est pas moderne, on y reviendra.

Car rien ne me prouve, et nombre de radiodermites me paraît le controuver, que la « qualité thérapeutique » des radiations filles des grands appareils actuels à grande puissance, convienne aussi bien que les radiations des vieilles installations, pour l'épithélioma *cutané* (je ne parle que de celui-là) spino ou baso-cellulaire.

Je crois que la séance unique est incomparablement supérieure à la méthode des séances multiples. D'après mon expérience, l'épithélioma guérit même avec une plus jolie cicatrice avec la dose totale administrée en une fois (dans les cas qui vous intéressent) étant, bien entendu, que le diagnostic a été précoce, que la lésion

est limitée à la surface d'une pièce de 0 fr. 50, de 1 fr., 2 fr., 5 fr. et en profondeur ne dépasse pas la limite des couches superficielles du derme.

Dans le cas contraire, la chirurgie retrouve son rôle ; il en est de même s'il existe des ganglions néoplasiques.

Le traitement est donc *d'ordre préventif,* puisque, par définition, il s'agit d'un malade surveillé, chez lequel l'épithélioma est encore *superficiel et limité.*

Pour l'épithélioma sur lupus du bord incarnat des lèvres et de sa muqueuse, les mêmes considérations gardent leur valeur mais ici une action très précoce est nécessaire, sinon la chirurgie reprend ses droits. La diathermocoagulation peut être tentée aussi. La curiethérapie ? Je ne puis donner d'avis.

Sur la langue, je crois qu'*au début,* la diathermocoagulation peut agir, je ne saurais donner d'avis non plus sur les résultats obtenus par les rayons X ou la curiethérapie mis en parallèle avec la chirurgie. Ici, en effet, le diagnostic m'a souvent paru tardif, la transformation du lupus en épithélioma passant plus facilement inaperçue.

La lecture des lettres qui précèdent nous paraît tout à fait intéressante. On y voit les opinions les plus différentes soutenues par les Maîtres les plus compétents, les plus consciencieux, et il n'est pas douteux que le jeune praticien qui, comme nous, veut essayer de se faire une idée sur la meilleure thérapeutique à appliquer pour traiter le cancer surlupique, est absolument désemparé. Il apprend que tout réussit, que tout échoue, que les lois de la radiologie les plus élémentaires paraissent en défaut, que les idées qui lui semblent les mieux établies sur la thérapeutique du cancer par les agents physiques sont en contradiction avec des faits pratiques.

Comment expliquer ces anomalies ?

Plusieurs points sont à mettre en relief.

Tous les thérapeutes ne parlent pas des mêmes cas : un cancer surlupique qui n'atteint que le derme, un cancer surlupique qui atteint l'os et un cancer surlupique qui retentit sur les ganglions, n'ont rien de commun ; vouloir standariser leur thérapeutique et comparer les résultats obtenus ne signifie rien.

En outre, chaque thérapeute a naturellement confiance dans la thérapeutique qu'il connaît le mieux ; il a tendance à élargir les indications en faveur de cette thérapeutique.

Signalons aussi que la passion exagère les idées et l'on voit des hommes de bonne foi aller au-delà de leur façon de penser au cours de débats passionnés.

Il faut encore considérer que la médecine est un art, et que, là où un thérapeute échoue avec un agent thérapeutique, l'autre réussit. Il n'est pas douteux que dans un cas où tel chirurgien aura un très bon résultat, tel autre en aura un médiocre ou nul. Ce que nous disons pour la chirurgie peut être répété pour la curiethérapie, la radiothérapie ou l'électrocoagulation.

Rappelons, enfin, que les statistiques, en général, sont mauvaises et en particulier celles qui portent sur de petites séries. Pour ne parler que des fautes concernant l'appréciation des résultats, les malades ne sont pas toujours bien suivis. Quand on

écrit, on reçoit des réponses vagues que l'on interprète, sans croire porter atteinte à la vérité, dans le sens qui est le plus favorable à ses idées.

IV. — Indications

Voici les indications auxquelles s'arrête pour l'instant notre Maître le Professeur Ducuing.

Comme nous l'avons dit, s'il existait une thérapeutique détruisant à la fois et dans un seul temps le cancer et le lupus, c'est à elle qu'il faudrait s'adresser. Mais, même lorsque un agent physique peut avoir une action sur les deux affections, c'est en modifiant la technique et en utilisant ses diverses propriétés que l'on peut obtenir un résultat. Le plus bel exemple de ces nécessités est donné par l'observation de Degrais, où il traite l'épithélioma par le radium, à doses assez fortes et avec un rayonnement filtré (rayons γ) et le lupus à doses plus petites et avec un rayonnement peu filtré (rayons β). Une exception est à faire pour le bistouri et l'électrocoagulation, qui peuvent guérir le lupus et le cancer; mais ce sont malheureusement des agents thérapeutiques qui laissent des traces et qui ne peuvent plus être employés dès que la lésion est large ou siège près des orifices naturels. Bien entendu, le bistouri et l'électrocoagulation reprennent leurs droits dans certains cas.

Ceci dit, il n'est pas douteux que toutes les mé-

thodes ont donné de bons résultats ; on a pu s'en convaincre à la lecture des lettres des différents auteurs. Nous avons, en outre, montré que pratiquement le traitement du cancer était le plus intéressant puisque le processus tuberculeux est le plus souvent éteint au moment où la cancérisation se produit. Les indications du traitement du cancer surlupique vont donc très souvent se confondre avec celles du traitement des épithéliomas primitifs de la peau.

Quelques indications seront cependant données par la connaissance des thérapeutiques utilisées antérieurement et par l'état des tissus de voisinage ; ces thérapeutiques et l'état des tissus voisins peuvent nous faire choisir des agents différents de ce que nous emploierions si le cancer ou le lupus n'avaient pas été traités : par exemple, des agents destructifs plutôt que des agents sélectifs. Il est cependant curieux de rappeler que le Pr Petges, de Bordeaux, a suivi un malade chez lequel l'épithélioma surlupique était sûrement en rapport avec une thérapeutique intempestive par les R. X. et qui, cependant, profita nettement de la Roentgenthérapie.

Ces généralités dites, nous devons envisager des cas cliniques particuliers pour étudier les différentes indications qui peuvent se poser en présence de l'épithélioma surlupique.

1° Petit épithélioma de la joue sur lupus évolutif. — (Cas rare, puisque le plus souvent l'épi-

thélioma se développe sur un lupus cicatrisé). Nous pourrons utiliser, sans crainte de laisser une cicatrice trop étendue ou gênante pour les orifices naturels, un agent thérapeutique susceptible de guérir à la fois le lupus et le cancer. Le bistouri ou l'électrocoagulation sont parfaitement indiqués. Le bistouri électrique pourra remplacer le bistouri ordinaire.

2° Petit épithélioma de la joue sur lupus cicatrisé. — Tous les moyens thérapeutiques que nous avons énumérés peuvent être utilisés. Chaque thérapeute aura sa préférence suivant ses aptitudes particulières ; néanmoins, l'électrocoagulation ou le bistouri nous paraissent, dans ces cas, les procédés de choix. Nos préférences vont au bistouri. On peut utiliser le bistouri électrique. La cicatrice laissée par l'exérèse sera moins disgracieuse que le placard cicatriciel du lupus sur lequel évoluait l'épithélioma qui pouvait à la rigueur guérir par le radium ou la radiothérapie. Le cas envisagé est un de ceux pour lesquels la thérapeutique conseillée diffère de celle que nous employons pour l'épithélioma primitif. Nous utilisons, en effet, le radium dans un cas semblable, c'est-à-dire dans le cas d'un petit épithélioma de la joue évoluant chez un sujet ne présentant pas de lupus.

Nous pensons que, dans ces cas encore (petit épithélioma de la joue sur lupus cicatrisé), les rayons X moyennement pénétrants à dose forte, en une seule séance (Coste et Belot) peuvent donner de bons résultats.

3° Epithélioma de volume moyen sur lupus cicatrisé et large dont l'exérèse entrainerait une vaste perte de substance. — Nos préférences vont dans ce cas au traitement par le radium à l'aide d'appareils moulés. Une exception doit être faite pour des cancers déjà irradiés correctement mais sans succès ; une autre exception doit être faite également pour des cas évoluant sur un lupus très longuement traité par R. X. et évoluant sur une cicatrice blanche et peu vascularisée. Nous pensons que ces épithéliomas doivent, d'une façon générale, répondre défavorablement aux radiations. Ils devront être électrocoagulés ; il y aura parfois lieu de recourir à une autoplastie secondaire.

4° Epithélioma sur lupus cicatrisé siégeant au niveau des paupières. — La radiumpuncture à l'aide de courtes aiguilles de deux milligrammes filtrées à 0,5 de platine nous semble à conseiller dans ce cas.

5° Epithélioma sur lupus cicatrisé siégeant au voisinage des narines. — On utilisera soit l'irradiation par appareils moulés soit les rayons X en tenant compte de l'infiltration et de l'épaisseur du cancer. On recherchera des rayons d'autant plus pénétrants que les lésions sont plus infiltrées ; souvent la radionécrose du cartilage de l'aile du nez ne pourra être évitée.

6° Epithélioma ayant atteint l'os. — La chirur-

gie nous paraît le traitement de choix. Si l'exérèse nous semble incomplète, nous y joindrons utilement une irradiation par appareil radifère de préférence.

L'électrocoagulation profonde suivant la méthode de Keysser peut permettre de traiter des cas qui paraissaient au-dessus des ressources chirurgicales.

7° Epithélioma avec adénopathie. — La lésion initiale sera traitée suivant son volume, son siège, son infiltration et les traitements antérieurs en s'inspirant des principes précédents. Les adénopathies, si elles sont mobiles, seront extirpées ; si elles sont fixées, on utilisera de préférence les rayons X pénétrants suivant la technique de Coutard ; si elles sont ulcérées, on peut essayer l'extirpation partielle et la méthode de Coste.

8° Epithélioma sur lupus des membres. — La conduite à tenir dans ce cas ne diffère en rien de celle utilisée pour les épithéliomas spino-cellulaires en général. La question esthétique jouant moins qu'au niveau de la face, les procédés d'exérèse pourront être employés avec moins de restriction puisqu'ils ont l'avantage de traiter le lupus et le cancer. L'électrocoagulation, l'exérèse au bistouri simple ou électrique, trouveront ici un maximum d'utilisation.

Rappelons la difficulté du traitement des épithéliomas du dos de la main, l'amputation haute suivie au besoin de l'extirpation des ganglions épi-

trochléens et axillaires sera souvent nécessaire pour assurer la guérison. L'échec est très fréquent mais cette localisation de l'épithélioma est excessivement rare.

9° Epithélioma au niveau d'un lupus du tronc. — Ce cancer peut être traité par le bistouri, le radium, les rayons X ou l'électrocoagulation suivant les aptitudes particulières de chacun. Les indications se rapprochent de celles du cas précédent.

10° Epithélioma sur lupus érythémateux. — Il est justiciable du même traitement que l'épithélioma sur lupus vulgaire.

V. — Les résultats.

Pour apprécier les résultats, nous aurions voulu présenter une étude critique comparative de statistiques fournies par les diverses méthodes thérapeutiques utilisées contre l'épithélioma surlupique. Mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature de statistiques suffisantes ; aussi, nous contenterons-nous de résumer les impressions des Maîtres que nous avons consultés et de présenter quelques chiffres malheureusement insuffisants.

Les observations du C. A. T. ne sont pas assez nombreuses pour permettre l'exacte appréciation de notre méthode de traitement d'après les indications que formule notre Maître. Les résultats que nous avons obtenus sont, il faut l'avouer, très mauvais, mais ils se justifient par la gravité des

cas traités. Dans certains épithéliomas peu infiltrants, notre Maître a obtenu comme, tout le monde, d'excellents résultats (obs. nos I, IV, IX). Mais dans les cas graves, avec infiltration de l'os ou adénopathies, notre Maître a eu des échecs complets (obs. nos II, III, V, VII). Ces malades étaient-ils curables par une autre méthode ? Nous ne le croyons pas.

Disons en terminant que toutes les méthodes ont donné de bons résultats et toutes des échecs lamentables.

1° Résultat du traitement chirurgical. — Morestin, au 16e Congrès de Chirurgie de 1903, s'exprimait en ces termes :

« Les résultats des opérations même dirigées « contre des cas en apparence défavorables sont « susceptibles de fournir des résultats satisfai- « sants. Le traitement opératoire doit être entre- « pris avec confiance. On doit espérer beaucoup « des cas opérés en temps utile. »

Voici les résultats des cas traités par Morestin : 7 malades traités ; 5 guérisons parfaites, un décédé par récidive, un sans nouvelles.

Il est certain qu'un traitement chirurgical peut donner de bons résultats lorsque le malade est pris au début ; il est à la portée de tous et la rançon est une cicatrice. Plus tard, si le cancer est étendu, l'exérèse est plus difficile et le résultat moins sûr, bien qu'on puisse avoir des succès.

Lorsqu'il y a des ganglions, les résultats sont plus problématiques mais aucune méthode ne peut alors donner mieux que la chirurgie.

2° Résultats du traitement par les rayons X. — Coste affirme que tous les épithéliomas cutanés de quelque nature qu'ils soient, même les nævo-carcinomes, à plus forte raison les épithéliomas surlupiques doivent être irradiés par les rayons X. « Personnellement, dans n'importe quel cas, j'obtiens, depuis 11 ans, 97 % de guérison. »

Nous ne partageons pas cet optimisme, il est certainement possible d'obtenir des guérisons par la méthode de Coste, mais ces guérisons s'appliquent à des cas peu étendus, peu épais et n'envahissant ni l'os ni les ganglions.

Belot estime que de l'emploi judicieux des radiations, de leur combinaison avec le râclage et dans certains cas avec l'électrocoagulation dépend le succès final dans la grande majorité des épithéliomas cutanés limités à la peau. La statistique de l'auteur dépasse 12.000 cas avec un pourcentage de guérison de 85 % environ.

Nous ferons les mêmes restrictions que pour la méthode de Coste. Il est certain que les radiothérapeutes et les chirurgiens ne parlent pas des mêmes cas. Voici d'ailleurs les résultats des deux auteurs précédents :

Cas traités par Coste : 6 malades traités ; 6 cicatrisés.

Cas traités par Belot : 2 malades traités ; un en parfait état, l'autre perdu de vue.

Voici maintenant les résultats des cas traités par les rayons X dans les Centres anti-cancéreux :

Centre de Lille : 2 cas traités ; 2 guérisons.

Centre de Lisbonne : 1 cas traité ; 1 décédé.

Centre de Toulouse : 1 cas traité ; 1 guérison.

3° Résultats du traitement par le radium.

A. *Résultats du Dr Degrais :* 1 cas traité ; 1 guérison.

B. *Résultats des cas traités dans les Centres anti-cancéreux.*

Centre de Lille : 5 cas traités ; 4 guérisons ; une grosse amélioration.

Centre de Nancy : 7 cas traités ; 3 guérisons ; 1 grosse amélioration ; 2 décédés ; 1 sans nouvelles.

Centre de Toulouse : 8 cas traités ; 2 guérisons à peu près certaines ; 1 sans nouvelles ; 5 décédés.

4° Résultats du traitement par association Radium-Rayons X.

Centre de Lisbonne : 1 cas traité ; 1 récidive.

Centre de Nancy : 2 cas traités ; 2 décès.

5° Résultat de l'électrocoagulation.

Centre de Lisbonne : 1 cas traité ; 1 guérison.

Si nous groupons les cas ci-dessus traités par les radiations, (radium et R. X), nous constatons que sur 29 épithéliomas surlupiques traités soit par

curiethérapie, soit par rœntgenthérapie, soit par association de ces deux agents physiques, il y a 12 guérisons paraissant définitives, 2 guérisons à peu près certaines et 2 grosses améliorations.

Conclusions

1° L'épithélioma surlupique survient, dans la grande majorité des cas sur un lupus vulgaire et à un stade où le lupus est cicatrisé depuis de longues années. Il arrive cependant que des nodules tuberculeux évoluent au voisinage de l'épithélioma.

2° L'épithélioma surlupique apparaît nettement chez des sujets plus jeunes que l'épithélioma primitif, mais il est la fin naturelle de tous les vieux lupiques, qui ne sont pas emportés par le lupus ou par une affection intercurrente.

3° Etant donné la constance, l'intensité, la répétition, la durée des thérapeutiques dirigées contre le lupus et, d'autre part, la rareté de l'épithélioma surlupique, on ne peut affirmer que le facteur déterminant de l'épithélioma surlupique revient aux agents de traitement et à leur mode d'application. Ces agents peuvent, cependant, intervenir comme facteur adjuvant. Peut-être, faut-il surtout tenir compte des inclusions épithéliales comprises dans le lupus en évolution ou dans les cicatrices qu'il laisse.

4° L'épithélioma surlupique est dans la presque totalité des cas un épithélioma spino-cellulaire. Il semble évoluer plus rapidement que l'épithélioma spino-cellulaire banal. Mais il tue les malades plus par ses complications locales que par son retentissement ganglionnaire. Il ne se généralise jamais.

5° Bien que beaucoup de travaux aient été publiés sur le traitement de l'épithélioma surlupique, il résulte de nos recherches que cette question n'est pas encore au point. Beaucoup d'auteurs ont donné des avis théoriques précis, mais, quand on essaie de voir à quoi ils ont pratiquement abouti, on constate que le nombre des cas traités est très réduit et que la ligne de conduite est souvent restée floue. Nos propres observations n'échappent pas à la règle.

6° Voici l'opinion de notre Maître, concernant la conduite à tenir :

A. Il n'existe pas, sauf dans des cas exceptionnels où l'épithélioma est très localisé, le lupus peu étendu, et, où les procédés d'exérèse peuvent être appliqués, de traitement s'adressant à la fois à l'épithélioma et au lupus. Nous pouvons donc dire que le traitement de l'épithélioma surlupique se ramène, en général, à celui de l'épithélioma seul.

B. Le traitement de l'épithélioma surlupique (il s'agit dans la majorité des cas d'un épithélioma de la face) diffère peu de celui de l'épithélioma spino-cellulaire primitif de la peau. Il faut cepen-

dant tenir compte des thérapeutiques antérieures, en particulier de la curiethérapie ou de la rœntgenthérapie, qui ont été dirigées contre le lupus et le cancer. Ces thérapeutiques appliquées contre le lupus, parfois depuis de longues années, ont modifié le terrain sur lequel évolue le cancer, appliquées contre le cancer elles ont modifié sa radiosensibilité.

C. Quand le cancer et le lupus ne sont pas de trop grosse taille, nous conseillons leur exérèse, car le traitement est rapide ; il enlève les deux affections et une cicatrice nette nous paraît plus esthétique que le placard blanchâtre que laisse le lupus guéri sur lequel évoluait le cancer.

Dans tous les autres cas, nos préférences vont, en principe, à l'utilisation du radium quand plusieurs échecs n'ont pas déjà rendu l'usage de ce moyen impossible et que le terrain d'évolution c'est-à-dire le lupus cicatrisé n'est pas trop remanié.

Il reste entendu que les cancers adhérents à l'os et les adénopathies cancéreuses relèvent toujours du bistouri, et que l'électrocoagulation est une méthode à retenir.

Nous croyons, cependant, qu'entre les mains de certains spécialistes, la thérapeutique par les rayons X (méthode en une séance, à dose massive) et l'électrocoagulation se justifient pleinement pour les cancers n'atteignant par l'os.

D. Suivant la localisation des lésions et les

formes (ulcérantes ou bourgeonnantes) nous employons le radium à l'aide d'appareils moulés ou en puncture.

7° Les résultats, d'une façon générale, nous paraissent peu favorables dès que le cancer présente une certaine extension. L'imprécision des indications thérapeutiques est peut-être à l'origine de la qualité insuffisante des résultats. Mais un certain nombre d'épithéliomas surlupiques sont au-dessus de toute thérapeutique.

Vu : *Le Président de la Thèse* :
DUCUING.

Vu : *Le Doyen* :
ABELOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 6 mars 1934
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Ambrosoli (G.-A.). — Corno cutaneo ed epitelioma sopra lupus volgare (*Gior. ital. di mal. ven. Milano*, 1924, LXV, 46-55, I pl.).

Andrews (Q.-B.). — Lupus erythematosus with carcinoma (*Archivos Dermat. a. Syphilol*, n° 3, sept. 1932, t. 26, p. 550).

Ashihara (N.). — Ueber das Lupuscarcinom (Thèse Breslau, 1900).

Bargues. — Le l'épithélioma sur lupus vulgaire (*Ann. de dermatologie*, 1910, t. 1, pp. 3 à 27).

Baud (Mlle J.). — La radiothérapie des cancers développés sur lupus (*Presse médicale*, 1931, t. 1, p. 1.510).

Belot (J.). — Les méthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés. Association du raclage, de l'électrolyse et de la radiothérapie (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, 1931, pp. 345-360).

Bérard et Dunet. — Epithéliomas ténébrants de la face, récidives après radiothérapie, guéris par le traitement chirurgical (*Lyon chirurgical*, 1929, pp. 562-565).

Bérard et Creyssel. — Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec des méthodes radiothérapiques (*Paris médical*, 1930, t. 20, pp. 237-242).

Bidault. — Du lupus compliqué d'épithélioma (Thèse Lille, 1886-1887).

Blaudamour. — Traitement du lupus par le radium (Thèse Paris, 1902-1903).

Bogrow (S.-L.). — Epitheliom und Lupus erythematodes (*Dermat. Ztsch. Berlin*, 1923, t. XXXIX, pp. 83-88).

Burnier. — Epithélioma du nez sur ancien lupus érythémateux (*Bull. soc. franç. de dermat. et syph.*, 36 : 127, février 1929).

Chauvin (E.). — Lupus et sarcome (*Montpellier médical*, 1912, t. 4, pp. 119-121).

Culcer (Max. de). — Traitement chirurgical de certains lupus par l'excision large au bistouri suivi de greffes dermo-épidermiques (Thèse, Paris 1925, t. 10).

Darier (J.). — Précis de dermatologie. Collection des précis médicaux. (Masson et Cie, édit., Paris).

Dekeyser (L.). — La physiothérapie du lupus (*Journal méd., Bruxelles*, 1911, t. 16, pp. 521-533).

Desbonnets. — Du développement de l'épithélioma sur le lupus (Thèse, Paris 1893-1894).

Diss (A.) et Levy (G.). — Léiomyosarcome développé sur ancien lupus tuberculeux de la face (*Bull. soc. franç. de dermat. syphil.*, 1924, t. 31, pp. 108-110).

Dubreuilh (W.) et Petzes (Q.). — De l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux. (*Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1909, t. 10, pp. 106-111).

Ducuing (J.). — Précis de cancérologie (Collect. Précis. Médic., Masson et Cie, édit., Paris, 1932).

Dujardin. — Epithélioma sur lupus érythémateux (*La Policlinique*, 15 juillet 1909, n° 14, p. 216 et *Derm-Wochs*, Bd. 51, p. 524).

Durand (P.). — Du développement de l'épithélioma sur le lupus érythémateux (Thèse 1929, Lib. M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris, VI[e]).

Ferrer. — Etiologie clinique de l'épithélioma cutané (Thèse, Bordeaux, 1906-1907).

Fordyce (J.-A.). — Lupus vulgaris and epithelioma (*J. Cutan. dis. incl. syph. Chicago*, 1928, XXXVI, 533).

Gate (I.) et Charpy (J.). — Lupus tuberculeux très étendu et très ancien du visage, du tronc et des membres, radiodermite cicatricielle et partiellement ulcéreuse de l'épaule gauche. (*Bull. soc. franç. de dermat.* géante du bras gauche (*Bull. soc. franç. de dermat. syph.* Réunion dermat., Lyon. 38 ; 494-96, avr. 1931).

Gaucher et Gourerot et Meaux-St-Marc. — Lupus scléreux de la face et des mains, épithélioma sur lupus, syphilis latente (*Bull. soc. franç. de dermat. syph. Paris*, 1912, XXIII, 237).

Girel. — La Rœntgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux par la méthode du Dr Coste (Thèse Lyon, 1925).

Gomes da Costa. — L'action de quelques substances hypoglycémiantes sur les cancers ulcérés de la peau (*Bull. Ass. franç. p. l'Et. du Cancer*, t. XXI, n° 19, décembre 1932).

Gomes da Costa e Bénard Geudes. — Sur la sensibilisation par l'insuline in loco des cancers ulcérés de la peau, à l'action des rayons X (*C. R. de la Soc. Biol.*, t. CX, p. 1.051, 1932).

Guardali (G.). — Néoplasie sarcomateuse sur lupus vulgaire. (*Ann. de dermatologie*, 1932, n° 11, novembre, p. 1.055).

Halberstaeter (L.). — Expérience clinique et thérapeutique dans le cancer de la peau. Observations sur 556 malades, pendant les années 1920-1930 (Observ. avec 17 épithéliomas avec lupus. *Zeitschr. f. Krebsforsch, Berlin*, 5 juin 1930, t. 32, n° 1-2, pp. 146-166).

Hartzell. — A case of epithelioma developping in lupus vulgaris (*J. cutan. dis. incl. syph.*, N. Y., 1908, 26 : 477-478).

Hesse (E.). — Lupus vulgaris on sarcoma (*Dermo Zeitsch.* 1932, t. 65, p. 104).

Hoffmann (H.). — Lupus sarcoma (*Arch. f. Derm. und Syph.*, 1928, p. 483).

Jordans (A.). — Developpement of cancer in scars : 2 cases. Lupus (*Dermat. Ztschr.*, avril 1930, t. 58, pp. 136-149).

Kaercher (K.). — Ueber Lupus-Karzinom (Thèse de Giessen 1919).

Keysser (Franz). — Die Elektrochirurgie. (*Fischers Medizinische Buchhandlung.* Leipzig, 1931).

Lableau (R.). — Résultats obtenus par la radiothérapie intensive dans le traitement du lupus et des épithéliomas cutanés (*Gazette hebd. Soc. Méd. Bordeaux*, 1912, t. 33, pp. 15-18).

Lang. — Die chirurgische Behandlung des Lupus (*Deutsche med. wochenschr.*, 1910, t. 36, pp. 1161-1230).

Lawrence (H.). — Correlation of epithelial triad (Keratose rodent ulcer and epithelioma) and lupus vulgaris in Australia (*M. J. Australia*, I, 615-617, 19 mai 1928).

Lomholt (Svend). — Cancers greffés sur des lupus (*Soc. danoise de dermatologie*, Hospitalstidende, Copenhague, 1926, pp. 10 à 33).

Louste. — Lupus et cancer (*Médecine Paris*, 1923-24, t. 20, pp. 119-121).

Louste, Belot et Barranger (A.). — Un cas d'épithélioma greffé sur lupus maintenu guéri depuis plus de 18 mois après radiothérapie profonde (*Bull. de Dermatologie*, 1924, pp. 361-362).

Mallinckrodt (A. von), Haupt). — Relation betwen treatment and developpement of lupus carcinoma, 7 cases (*Dermat. Zeitschr.*, t. 60, janvier 1931, pp. 138 à 152).

Morelle. — Un cas d'épithéliome surlupique (*Presse médicale belge*, Bruxelles, 1913, t. 65, pp. 895-897).

Morestin (H.). — Des cancers développés sur lupus (16e Congrès de Chirurgie, 1903, pp. 138-172).

— Le traitement chirurgical du lupus de la face (*Paris médical*, 1911, t. 3, pp. 82-88).

— Cancer développé sur un lupus étendu de la face, extirpation de la tumeur et du lupus, autoplastie par glissement et greffes de Tiersch. Guérison (*Bull. Soc. Anatomique*, 1900, t. 75, pp. 745-750).

Moure (P.). — A propos du traitement chirurgical du lupus (*Bull. Soc. franc. de Dermatologie et Syphil.*, n° 6, juin 1932, p. 712).

Mrongovius. — Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine lupique (*Ann. Dermat. et Syphil.*, 1929, pp. 186-197).

Ollendorff (G.). — Lupus und Carcinom (Thèse, Bonn, 1887).

Paul-François. — L'état actuel des traitements du lupus, etc. (*Presse médicale*, 1926, t. 2, p. 1044).

Pautier (L.-M.). — Sur un cas d'épithélioma développé au niveau d'un lupus érythémateux (*Soc. Anatomie*, 1904, pp. 745-747).

Pautier (L.-M.) et Maurel. — Epithélioma disséminé à foyers multiples développé spontanément sur lupus tuberculeux (*Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph. Paris*, 1913, 24 ; pp. 524-528).

Paviot. — Lupus et épithélioma, un cas hybride tuberculo-épithéliomateux ; contribution à l'histogénèse

de la cellule géante (*Province méd.*, Lyon, 1899, t. 13, pp. 424-427).

Rudovitcz. — Contribution à l'étude des relations du cancer et de la tuberculose (Thèse de Bordeaux, 1925-26).

Raymond. — De l'épithélioma développé sur un lupus vulgaire en évolution (*Ann. de Dermat. et Syph.*, 1887, t. 8, pp. 157-254).

Reetvas (L.). — On a case of Lupus carcinoma. (*Arch. f. Derm. im. syph.*, 1929, t. 157, p. 419).

Ricci (G.). — Intorno al lupus-carcinoma (*Arch. Ital. di chirurg.*, Bologna, 1919, t. 1, pp. 649-658).

Richez. — Du traitement du lupus par la radiothérapie (Thèse, Lille, 1905-1906).

Savatard (L.). — Sarcoma on lupus scar. (*The British Journal of Dermatology and Syphilis*, novembre 1932, n° 11, pp. 542-545).

Sézary (A.) et Rivoire (R.). — Epithéliomas développés successivement sur deux placards lupiques (*Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, 1930, pp. 256-261).

Schmidt (H.-E.). — Lupus erytematodes und Karzinom (*Dermat. Ztschr. Berlin*, 1906, t. 13, p. 665).

Schoch. — Lupusarkome, *Dermatologische Wochenschrift*, t. 97, n° 49, 9 décembre 1933, p. 1733.

Schwartz. — Casnisticher Beitrag zum Lupuscarcinom (Thèse, Berlin, 1911).

Silberstein (M.). — Ueber das Lupuskarzinom (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Wien et Leipzig, 1915-1916, t. 121, pp. 653-680).

Spillmann. — Epithélioma du nez sur une cicatrice de lupus (*Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, 1926, p. 67).

Tischnenko (A.-M.). — Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique (*Ann. de Dermat.*, n° 8, août 1932, pp. 708 à 727).

Ullmo (A.) (Mlle). — Epithélioma spino-cellulaire récidivant de la lèvre intérieure sur lupus érythémateux (*Réunion Dermat. de Strasbourg*, 13 novembre 1932).

Vigne (P.). — Epithélioma spino-cellulaire de la joue sur lupus ancien (*Marseille médical*, 2, pp. 369-371, 15 décembre 1930).

Vignolo-Lutati (C.). — Sull' epitelioma conseguente al lupus volgare ed al lupus eritemoso (*Gazz. d. Osp. Milano*, 1918, 39, pp. 655-657).

Vilanova. — Epithélioma spino-cellulaire métatypique de la face développé sur une cicatrice de lupus tuberculeux (*Ann. de Dermatol.*, 1926, t. 7, pp. 493 à 500).

Volk (R.). — Le développement des tumeurs sur terrain lupique (*Miscellanea Dermatologie*, Prague, 1931, pp. 396-399). — Handbuch der Hautund Geschlechtskrankheiten, t. X, 1re partie : Tuberkulose der Haut. Article : Lupus, pp. 269-274. Julius Springer, édit., Berlin, 1931.

Walker (N.). — On the treatment of lupus carcinoma. (*Edinb. M. Journal*, 1911, t. 6, pp. 295-301).

Westphal (H.). — Ueber das Lupuscarcinom (Thèse, Leipzig. 1913).

Wild (R.-B.). — The supervention of epithelioma upon lupus vulgaris (*Med. Chron. Manchester*, 1907-1908).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET HISTORIQUE. 9

CHAPITRE PREMIER. — Exposé des Observations. 15

I. — *Observations recueillies au Centre anticancéreux de Toulouse.* 15

II. — *Observations recueillies au Centre anticancéreux de Lille.* 35

III. — *Observations recueillies au Centre anticancéreux de Nancy.* 42

IV. — *Observations recueillies à l'Institut portugais d'Oncologie de Lisbonne.* 51

V. — *Observation du Dr Degrais.* 55

CHAPITRE II. — Etiologie. 59

I. — *Fréquence.* 59

II. — *Conditions et causes prédisposantes.* 60

1° Rapport avec l'âge et le sexe 60
2° Rapport avec la forme du lupus 61
3° Rapport avec l'âge du lupus 61
4° Rapport avec la thérapeutique. 61

III. — *Conditions de localisation de l'épithélioma sur le lupus.* 62

1° Coexistence fortuite. 62

2° Rôle du lupus lui-même. 63
A. En tant que lésion inflammatoire chronique. 63
B. En tant que cicatrice. 64
3° Influence des traitements locaux du lupus. 65

CHAPITRE III. — Anatomie pathologique..... 69

I. — *Siège*. 69

II. — *Caractères macroscopiques*. 69

III. *Caractères microscopiques*. 71

IV. — *Evolution anatomo-pathologique*. 73
1° Extension locale. 73
2° Extension ganglionnaire. 73
3° Généralisation. 74

CHAPITRE IV. — Etude clinique. 75

I. — *Formes étiologiques*. 75
1° Cancer sur lupus en évolution..... 75
2° Cancer sur lupus éteint..... 75
3° Forme sur le lupus vulgaire..... 75
4° Forme sur le lupus érythémateux..... 75

II. — *Formes anatomiques*. 77
1° D'après l'aspect. 77
A. Forme verruqueuse. 77
B. Forme végétante. 77
C. Forme ulcérante. 78
D. Forme ulcéro-végétante. 78
2° D'après le siège. 78
A. Epithélioma surlupique de la face... 78
B. Epithélioma surlupique des autres parties du corps. 79

CHAPITRE V. — Evolution et Pronostic..... 81

CHAPITRE VI. — Diagnostic. 85
I. — *Diagnostic du lupus*. 85

1° Le lupus vulgaire. 85
2° Le lupus érythémateux. 86

II. — *Diagnostic de l'épithélioma*..... 87

CHAPITRE VII. — Etude thérapeutique..... 89

I. — *Les moyens*. 90

1° Traitement chirurgical. 91
A. Traitement du cancer seul..... 91
B. Traitement du cancer et du lupus.... 91
C. Traitement des ganglions. 92

2°Traitement par les agents physiques..... 92
A. Traitement par le radium. 92
B. Traitement par les rayons X..... 94
C. Traitement par l'électrocoagulation.. 96
D. Traitement par l'électrolyse négative. 97
E. Traitement par association radio-chirurgicale. 97
F. Traitement par association des autres méthodes. 97

II. — *Critique des moyens*..... 98

1° Chirurgie. 98
2° Radium. 100
3° Rayons X. 102
4° Electro-coagulation. 103
5° Electrolyse négative. 104
6° Association radio-chirurgicale. 104
7° Association des autres méthodes. 104

III. — *Opinion des Maîtres*. 104

1° Partisan de la chirurgie..... 105
2° Partisan du radium. 106
3° Partisan des rayons X. 108
4° Partisan de l'électrocoagulation..... 112
5° Eclectiques. 114

IV. — *Indications*..... 119

1° Petit épithélioma de la joue sur lupus évolutif. 120

2° Petit épithélioma de la joue sur lupus cicatrisé. 121
3° Epithélioma du volume moyen sur lupus cicatrisé. 122
4° Epithélioma sur lupus cicatrisé siégeant au voisinage des paupières..... 122
5° Epithélioma sur lupus cicatrisé siégeant au voisinage des narines..... 122
6° Epithélioma ayant atteint l'os..... 122
7° Epithélioma avec adénopathie..... 123
8° Epithélioma sur lupus des membres.... 123
9° Epithélioma au niveau d'un lupus du tronc. 124
10° Epithélioma sur lupus érythémateux.... 124

V. — *Les résultats*..... 124
1° Résultat du traitement chirurgical..... 125
2° Résultat du traitement par les rayons X.. 126
3° Résultat du traitement par le radium.... 127
4° Résultat du traitement par association radium et rayons X..... 127
5° Résultat du traitement par l'électrocoagulation. 127

CONCLUSIONS. 129

BIBLIOGRAPHIE. 133

Imprimerie Toulousaine (Lion & Fils), 2, rue Romiguières